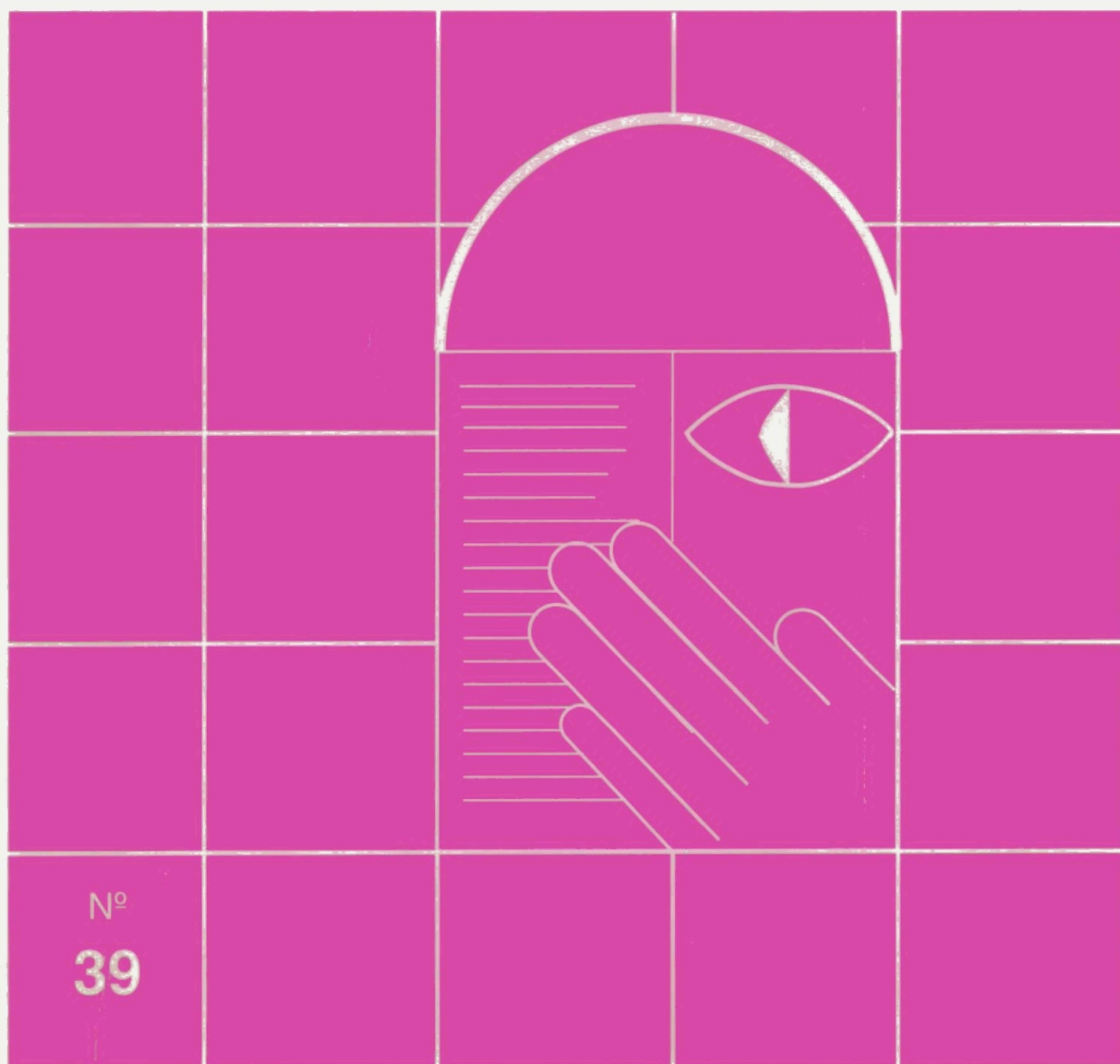


ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Salud reproductiva: concepto e importancia

Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud



SALUD REPRODUCTIVA: Concepto e importancia

Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39

I. Daniel Gutiérrez, M.D., M.P.H.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1996

Copyright© Organización Panamericana de la Salud 1996
ISBN 92 75 32189 2

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

1996

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Dra. Mirta Roses, ex Representante de la OPS/OMS en Bolivia, y al Dr. Roberto Bohrt, Director Nacional de Atención a las Personas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, quienes hicieron posible la publicación del presente documento.

Mi eterno agradecimiento a los siguientes colegas y amigos que tuvieron la gentileza de analizarlo y aportaron al contenido del mismo:

- Dr. Gregorio Mendizabal, Consultor de Servicios de Salud de OPS/OMS Bolivia.
- Dra. Martha Mejía, Consultora de Salud Reproductiva de OPS/OMS, Bolivia.
- Dra. Virginia Camacho, Responsable de Salud Reproductiva del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia.
- Lic. Kristina Gardell, Consultora de Salud Infantil de OPS/OMS, Bolivia.

PRÓLOGO

Bolivia, al igual que muchos otros países, sean o no desarrollados, se enfrenta con la ineludible necesidad de la transformación de sus sistemas de salud.

Presenta, además, características propias que se manifiestan en sus indicadores de morbimortalidad materna e infantil y que se relacionan con la situación social de la mujer, las actitudes frente a la planificación familiar, la heterogeneidad cultural y geográfica y la inequidad en la distribución de los bienes sociales.

En este contexto, se hace imprescindible movilizar a los trabajadores de salud para que intervengan activamente en la reversión de los factores determinantes de la actual situación de salud.

El mensaje del Dr. Daniel Gutiérrez, fruto de una rica experiencia de trabajo en su país natal, Perú, y como asesor del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, está dirigido, precisamente, al personal de salud y se inscribe dentro de las estrategias básicas definidas por la Organización Panamericana de la Salud: la difusión del conocimiento para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (distritos) y el desarrollo de programas prioritarios dirigidos a grupos vulnerables de la población.

A lo largo de sus páginas, se van revisando y actualizando conceptos de salud integral, salud reproductiva, riesgo reproductivo y promoción de la salud, juntamente con observaciones y recomendaciones prácticas y sencillas.

Es la necesaria y respetuosa devolución de información del profesional que siente, profundamente, que no sólo se ha entregado en su función, sino que también ha recibido y aprendido en el proceso.

Me siento sumamente honrada al extender la mano a este amigo y colega, a la distancia, para la presentación de este documento.

Dra. Mirta Roses Periago
Ex Representante de la
OPS/OMS en Bolivia

PREFACIO

El programa de trabajo determinado por los Gobiernos Miembros que constituyen la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, comprende la elaboración de nuevos tipos de materiales educativos aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad.

En cumplimiento de lo señalado por los Gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del **Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción**, la *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud*, de la cual forma parte este manual.

El Programa Ampliado de Libros de Textos (PALTEX), en general, tiene por objeto ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material está destinado a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de postgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones.

El Programa Ampliado de Textos (PALTEX) cuenta con el financiamiento de un préstamo otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la Fundación Panamericana para la Salud y Educación (PAHEF). La OPS ha aportado un fondo adicional para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica del Programa a la oficina coordinadora del **Programa de Desarrollo de Recursos Humanos** que tiene a su cargo un amplio programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

El contenido del material para la instrucción del personal que diseña y ejecuta los programas de salud, se prepara con base en un análisis de sus respectivas funciones y responsabilidades.

La *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud* se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para el personal de los Ministerios y Servicios de Salud, siendo una selección de materiales que proporciona elementos para la formulación y desarrollo de programas de atención primaria.

ÍNDICE

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| <i>Agradecimiento</i> | <i>iii</i> |
| <i>Prólogo</i> | <i>v</i> |
| <i>Prefacio</i> | <i>vii</i> |
| I. Introducción | 1 |
| II. Definición y concepto de salud reproductiva | 5 |
| III. Enfoque de riesgo en la prevención del daño durante el proceso de reproducción | 7 |
| 1. Enfoque de riesgo | 7 |
| 2. Riesgo reproductivo | 7 |
| 2.1 Riesgo preconcepcional | 9 |
| 2.2 Riesgo obstétrico | 10 |
| 2.3 Riesgo perinatal | 13 |
| 3. Clasificación del riesgo reproductivo | 15 |
| 3.1 Sistema de clasificación del Perú | 17 |
| 3.2 Sistema de clasificación de Bolivia | 17 |
| IV. Promoción de la salud reproductiva | 19 |
| 1. Ejercicio de una sexualidad segura y responsable | 20 |
| 2. Ejercicio de una paternidad responsable | 21 |
| V. Acciones para fomentar y desarrollar la salud reproductiva | 23 |
| 1. Acciones de salud reproductiva dirigidas a la mujer | 24 |
| 1.1 Atención integral de salud a la mujer en edad fértil no gestante ... | 24 |
| 1.2 Atención integral de salud a la mujer gestante | 25 |
| 2. Acciones de salud reproductiva dirigidas al recién nacido | 26 |
| 3. Acciones de salud reproductiva dirigidas al hombre | 26 |
| 4. Acciones dirigidas a la población en general | 26 |
| 4.1 Educación | 26 |
| 4.2 Información y comunicación social | 27 |
| 4.3 Legislación | 27 |

| | |
|---|-----------|
| VI. Extensión de la cobertura de servicios de salud reproductiva | 29 |
| 1. Disponibilidad de servicios de salud reproductiva en la red de servicios de salud existente | 30 |
| 1.1 Mejoramiento de la capacidad técnica de los recursos humanos para prestar servicios de salud reproductiva | 30 |
| 1.2 Autorización al personal auxiliar de enfermería para prestar servicios de salud reproductiva | 31 |
| 1.3 Mejoramiento de la disponibilidad de equipos, materiales, medicamentos y anticonceptivos en los servicios de salud | 32 |
| 1.4 Fomento de la disponibilidad de sangre "segura" | 32 |
| 1.5 Fortalecimiento de la capacidad resolutive del hospital del distrito de salud (hospital del sistema local de salud) | 33 |
| 2. Accesibilidad a los servicios de salud reproductiva | 33 |
| 2.1 Sugerencias para "acercar" los servicios de salud a la población | 33 |
| 2.2 Sugerencias para vencer la barrera económica | 39 |
| 2.3 Derecho a la información y a la educación | 40 |
| 3. Aceptabilidad de los servicios de salud reproductiva | 40 |
| 4. Contacto y utilización de los servicios de salud reproductiva | 41 |
| 4.1 Evitación de las oportunidades perdidas | 41 |
| 4.2 Desarrollo de un sistema de clasificación, referencia y contrarreferencia basado en riesgo reproductivo | 42 |
| 5. Eficacia y eficiencia de los servicios de salud reproductiva | 42 |
| 5.1 Mejoramiento de la calidad de la atención | 42 |
| 5.2 Aplicación de normas y procedimientos | 44 |
| VII. Aspectos gerenciales en el desarrollo de la salud reproductiva | 47 |
| 1. Propensión a los programas integrales | 47 |
| 2. El papel de los programas en el desarrollo de los servicios de salud | 49 |
| 3. Promoción de los programas dirigidos a la mujer con igual énfasis que los dirigidos al niño | 49 |
| 4. Priorización de las poblaciones más vulnerables | 50 |
| 4.1 Población rural | 50 |
| 4.2 Poblacion urbano-marginal | 50 |
| 4.3 Mujeres con bajo nivel de educación | 50 |
| 5. Evaluación de los servicios de salud | 51 |

| | |
|--|------------|
| VIII. Cuadros y esquemas | 53 |
| Cuadro 1: Padres saludables = hijos saludables | 55 |
| Cuadro 2: Salud reproductiva | 57 |
| Cuadro 3: Salud reproductiva: relación con la salud del niño escolar, adolescente y factores condicionantes | 59 |
| Cuadro 4: Enfoque de riesgo | 61 |
| Cuadro 5: Riesgo reproductivo | 63 |
| Cuadro 6: Factores de riesgo reproductivo preconcepcional | 65 |
| Cuadro 7: Factores de riesgo reproductivo obstétrico | 67 |
| Cuadro 8: Diferencias entre los conceptos de riesgo preconcepcional y riesgo obstétrico | 69 |
| Cuadro 9: Variables que influyen en el riesgo de enfermedad o muerte por aborto provocado | 71 |
| Cuadro 10: Ventajas de la planificación familiar sobre el aborto provocado ilegal | 73 |
| Cuadro 11: Diferencias entre los conceptos de planificación familiar y control de la natalidad | 75 |
| Cuadro 12: Definiciones referentes a los periodos gestacional e infantil | 77 |
| Cuadro 13: Factores de riesgo perinatal | 79 |
| Cuadro 14: Clasificación según riesgo reproductivo | 81 |
| Cuadro 15: Ficha salud reproductiva - Ministerio de Salud del Perú | 83 |
| Cuadro 16: Historia clínica perinatal | 85 |
| Cuadro 17: Hoja clínica para la mujer no gestante | 87 |
| Cuadro 18: Carnet para la mujer no gestante | 97 |
| Cuadro 19: Promoción de la salud reproductiva | 101 |
| Cuadro 20: Acciones dirigidas a la mujer en edad reproductiva no gestante | 103 |
| Cuadro 21: Acciones dirigidas a la mujer gestante: prenatal | 105 |
| Cuadro 22: Acciones dirigidas a la mujer gestante: parto y puerperio | 107 |
| Cuadro 23: Acciones dirigidas al recién nacido | 109 |
| Cuadro 24: Acciones dirigidas al hombre | 111 |
| Cuadro 25: Cobertura de los servicios de salud reproductiva | 113 |
| Cuadro 26: La distribución de anticonceptivos por el personal no médico puede ampliar la cobertura de los servicios | 115 |
| Cuadro 27: Atención del parto en Bolivia | 117 |
| Cuadro 28: Atención del parto por médicos y parientes en el nivel de instrucción de las gestantes en Bolivia, ENDSA, 1989 | 119 |
| IX Bibliografía | 121 |

I. INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, cuando la parturienta conserva su salud. La alegría se expresa enviando flores, haciendo regalos, repartiendo puros, brindando o bailando. Este acontecimiento significa la culminación exitosa del proceso de reproducción con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para la madre, el niño y la familia. ¿Puede existir algo más hermoso y digno de celebrarse?

Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción se convierte en un acontecimiento sombrío y peligroso, el cual puede dar por resultado morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre o el producto. Lamentablemente, los encargados de establecer las prioridades sanitarias nacionales e internacionales en gran medida han pasado por alto esta situación, quizá por el hecho que las víctimas son pobres, analfabetas, generalmente viven en lugares remotos y carecen de fuerza política.

En líneas generales, la tragedia de estas familias pasa desapercibida por el gran subregistro de las defunciones maternas que existe a nivel mundial, principalmente en los países donde el problema es de mayor magnitud. Además, el número de muertes maternas es relativamente bajo, si se le compara con el de muertes infantiles por ejemplo, lo cual dificulta comprender que la muerte de una madre tiene una trascendencia que va más allá de la pérdida misma de una vida joven. Esta muerte puede significar orfandad y disolución de la familia, además de tener implicancias económicas por la participación cada vez más activa que desempeñan las mujeres en el desarrollo de los países. Por otro lado, la muerte de un feto o de un recién nacido hasta los 7 días de vida es considerada por muchas sociedades como un hecho natural, producto de la mala suerte y del destino.

La tragedia se magnifica por el hecho que la mayoría de las muertes maternas y perinatales son evitables mediante la aplicación de tecnología apropiada y al alcance de los países en vías de desarrollo.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan la condición social de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; y las condiciones de educación,

alimentación y vivienda de los países. También reflejan las diferencias en términos de salud entre los países pobres y ricos. Una de cada 15 a 50 mujeres muere en los países en desarrollo por causas relacionadas con el embarazo, mientras que esta probabilidad se reduce a sólo una de cada 4.000 a 10.000 mujeres en los países desarrollados.

Desde el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), la humanidad está reconociendo paulatinamente la magnitud del sufrimiento asociado al proceso de reproducción y la trascendencia del mismo. Cada vez son más las iniciativas internacionales, nacionales y locales para mejorar la salud en este campo, lo cual indica que el compromiso y la motivación va en aumento para resolver este serio problema de salud pública.

Tradicionalmente, el proceso de reproducción humana se ha tratado con un enfoque "materno-infantil". Sin embargo, en las últimas dos décadas han acontecido una serie de hechos que sobrepasan este enfoque. Entre éstos tenemos los siguientes: las mujeres reclaman con mayor fuerza sus derechos no sólo como madres sino como mujeres, exigiendo una mayor participación en la salud y el desarrollo; la salud del adolescente es considerada una prioridad; existe aumento de la demanda por servicios de planificación familiar; y el reconocimiento a la necesidad de una activa participación de los hombres para preservar y mejorar la salud durante el proceso de reproducción es cada día mayor. En respuesta a esta situación cambiante y dinámica, surge un concepto, más amplio, panorámico e integrador: el concepto de *salud reproductiva*.

El presente documento tiene el propósito de difundir la importancia de este concepto en el desarrollo de la salud durante el proceso de reproducción, brindando algunas sugerencias para su aplicación en la práctica clínica y epidemiológica. Con este fin se analiza en primera instancia la definición y el concepto de salud reproductiva, luego el enfoque de riesgo reproductivo en la prevención del daño y algunos aspectos de la promoción de salud en este campo. Posteriormente, se sugieren algunas acciones de salud reproductiva dirigidas tanto a la mujer y al recién nacido como al hombre, bajo el enfoque de atención integral de salud; se analizan algunas estrategias para extender la cobertura de los servicios de salud reproductiva; y finalmente, se tratan algunos aspectos gerenciales para su desarrollo.

Este documento está dirigido al personal de salud del nivel operativo, que es el que tiene que enfrentar los problemas que se suscitan durante el proceso de reproducción y relacionar los programas e iniciativas para solucionar los mismos. Sin embargo, podría ser también de utilidad para los encargados de establecer las políticas de salud o dirigir la ejecución de las mismas en los diferentes niveles de atención.

Para facilitar la comprensión de los conceptos básicos, el documento incluye veintiocho "cuadros". Estos han sido diseñados para permitir su reproducción en transparencias y de esta manera facilitar la difusión de los contenidos.

El documento aspira a fortalecer el desarrollo de los recursos humanos en salud reproductiva y de esta manera contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad materna y perinatal en la Región de las Américas.

II. DEFINICIÓN Y CONCEPTO SALUD REPRODUCTIVA

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción" (14). Sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable.

El concepto de salud reproductiva fue formulado desde la historia antigua de la humanidad y se puede resumir en la frase: "padres saludables = hijos saludables" (Cuadro No. 1). A pesar de que ha existido consenso en este concepto, no lo ha habido en las acciones de salud que se deben realizar para obtener hijos saludables (8).

En un inicio y por muchos siglos, la mujer embarazada recibió atención solo en el momento mismo del parto, con la creencia que esto era suficiente.

Transcurrió mucho tiempo para que esta concepción se modificara y es recién a fines del siglo XIX que muchos médicos señalaron la importancia del cuidado prenatal.

Con los cuidados brindados en el periodo prenatal y durante el parto se contribuyó a disminuir gradualmente la morbilidad materno-infantil, pero los resultados no fueron óptimos.

Por este motivo, en los últimos años se ha señalado que el cuidado debe empezar en la etapa preconcepcional, es decir antes que la mujer se embarace, si es que se desea hacer una labor realmente preventiva. Por ejemplo, si se detecta a una gestante en el tercer mes de embarazo con anemia y tuberculosis, se diagnosticaría un embarazo con alto riesgo obstétrico. Se podría actuar de inmediato y limitar el daño, pero no prevenirlo. Sin embargo, si se le hubiese captado antes del embarazo, se le podría haber tratado la anemia y la tuberculosis y luego ella hubiera gestado con un bajo riesgo obstétrico. Esta es la importancia de actuar en la etapa preconcepcional, además de actuar en el prenatal, parto y puerperio.

Por lo tanto, el concepto de salud reproductiva comprende la atención preconcepcional, donde los cuidados deben estar dirigidos tanto a la futura madre como al futuro padre; la atención prenatal; la atención del parto y del recién nacido; y la atención neonatal precoz, periodo que comprende desde el nacimiento hasta el séptimo día de vida del recién nacido (Cuadro No. 2).

Cualquier alteración que se produzca en las etapas mencionadas de la salud reproductiva tendrá repercusión en el futuro del recién nacido, en el de su familia y en la sociedad. Por este motivo, la salud reproductiva está íntimamente relacionada a la salud del niño menor de 5 años, del niño de 5 a 9 años y del adolescente (10-19 años). Por otro lado, las acciones de salud en estas etapas de la vida también contribuirán a la obtención de un individuo saludable, el cual unido a otro con la misma característica reiniciará el ciclo reproductivo en las mejores condiciones.

Sin embargo, no se debe olvidar que la salud reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores, como vivienda, educación y alimentación; de allí la imperiosa necesidad de buscar la coordinación intersectorial con la finalidad de concertar esfuerzos y concentrarlos en las áreas prioritarias en busca de un mayor impacto en el bienestar de la población. Además, la salud reproductiva también está condicionada por factores de tipo afectivo y en forma muy especial por la situación social de la mujer (Cuadro No. 3).

Por lo expuesto, el concepto de salud reproductiva es el derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad; a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos. En términos más amplios, la salud reproductiva contribuye a que en el futuro los individuos tengan una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo; puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo; y disfruten de los beneficios sociales de la vida (6).

III. ENFOQUE DE RIESGO EN LA PREVENCIÓN DEL DAÑO DURANTE EL PROCESO DE REPRODUCCIÓN

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el buen desarrollo de la salud reproductiva.

El principal instrumento para lograr este fin es el manejo del concepto de riesgo reproductivo, el cual está basado en el "enfoque de riesgo". En esta sección se describen estos conceptos y finalmente se presentan algunas sugerencias para su aplicación en la práctica clínica y epidemiológica, las cuales contribuyen a mejorar la salud reproductiva.

1. Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades, sustentado en el concepto de riesgo. *Riesgo* se define como la probabilidad de sufrir un daño: y *daño* es el resultado temporal o definitivo no deseado (enfermedad o muerte).

Este enfoque está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunas esta probabilidad es mayor que para otras (2).

Se establece así una gradiente de necesidades de cuidado que va desde un mínimo, para los individuos con bajo riesgo o baja probabilidad de presentar daño, hasta un máximo necesario, sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en su salud.

Esto supone un cuidado no igualitario de la salud y requiere que los recursos sean distribuidos y usados con mayor eficacia, eficiencia y equidad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos poblacionales y en función del principio de justicia distributiva que exige dar más a aquellos que tienen mayor necesidad (27).

2. Riesgo reproductivo

La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana, generó el concepto de riesgo reproductivo. Este se define como la probabilidad

de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido pero también al padre y la familia en general.

El riesgo reproductivo es un *indicador de necesidad* que nos permite identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir, a aquellas con mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como *factores de riesgo reproductivo*.

La estimación de las probabilidades de un resultado adverso cuando uno o más factores de riesgo reproductivo están presentes, la medición de sus interacciones como elementos predictivos y el cálculo de lo que sucedería en la salud de la población si se les eliminara, modificara o por lo menos controlara, hacen posible la aplicación del riesgo reproductivo en medicina preventiva (Cuadro No. 4).

El enfoque de riesgo reproductivo implica la existencia de una cadena o secuencia causal. Un factor de riesgo es un eslabón de una cadena de asociaciones que dan lugar a una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte. Este hecho permite actuar en cualquiera de los eslabones para interrumpir la secuencia de acontecimientos.

Los factores de riesgo reproductivo, por consiguiente, pueden ser causas o señales, pero lo importante es que son observables o identificables antes de producirse el acontecimiento que predicen.

En consecuencia, la importancia del enfoque de riesgo reproductivo radica en que permite identificar las necesidades de salud de los individuos, familias o comunidades, utilizando la presencia de factores de riesgo como guía para acciones futuras. De esta forma, facilita la redistribución de recursos, el aumento de la cobertura, la referencia y contra-referencia de pacientes, el cuidado de la familia y la asistencia clínica.

El enfoque de riesgo reproductivo se viene usando desde hace muchos años. Sin embargo, en general sólo se ha enfatizado su uso durante el periodo prenatal y el parto, descuidándose su utilización en el periodo preconcepcional.

Acorde con el concepto de Salud Reproductiva, la aplicación del enfoque de

riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción. En esta etapa se denomina *riesgo preconcepcional*; durante la gestación y el parto se denomina *riesgo obstétrico*; y desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato se denomina *riesgo perinatal* (Cuadro No. 5). El enfoque de riesgo reproductivo unifica estos tres conceptos ofreciendo un panorama más coherente e integrador:

$$\text{Riesgo reproductivo} = \text{riesgo preconcepcional} + \text{riesgo obstetrico} + \text{riesgo perinatal}$$

A continuación se describen los tres conceptos de riesgo reproductivo y los principales factores de riesgo en cada etapa.

2.1 Riesgo reproductivo preconcepcional

El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales.

El objetivo del concepto es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido.

Se sabe que las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional posiblemente presentarán un alto riesgo obstétrico, en el caso de gestar; y son estas últimas las que tienen mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción. Por esta razón, es imperativo actuar en el *periodo preconcepcional* con la finalidad de identificar a aquellas mujeres con alto riesgo para brindarles una atención de mayor complejidad, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos.

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes, etc. Estos factores varían entre los países y entre las distintas regiones de los mismos. Sin embargo, existen algunos factores que son universales, es decir, que persisten independientemente de la condición social o del área geográfica en que habitan las mujeres. Entre estos, cuatro son los más reconocidos:

- *Edad.* Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35 años.
- *Paridad.* El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la quinta.
- *Intervalo intergenésico.* El riesgo es mayor cuando el intervalo entre las

gestaciones es menor de dos años.

- *Antecedente de mala historia obstétrica.* El riesgo es mayor cuando la mujer ha tenido previamente abortos, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas, toxemia, etc.

Existen otros factores de riesgo preconcepcional que catalogan a la mujer como alto riesgo preconcepcional con su sola presencia, como insuficiencia cardiaca, hipertensión crónica, psicosis, enfermedad neurológica incapacitante, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia pulmonar (tuberculosis avanzada), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas (*Down* y otras), baja estatura de la mujer (menor de 140 cms.), dos o más cesáreas, 7 o más embarazos y otras (Cuadro No. 6).

Es importante resaltar que el riesgo indica solamente una probabilidad. Por ejemplo, cuando se dice que una mujer no gestante tiene alto riesgo preconcepcional por tener 38 años, 7 hijos, presentar anemia, tuberculosis e historia obstétrica de abortos y cesáreas, se está diciendo simplemente que en el caso de gestar, ella tendrá *una probabilidad más alta* que otras mujeres de sufrir un daño, sea para ella misma, para el feto o para el recién nacido. Es decir, no se tiene la certeza que ello ocurrirá, sino que las posibilidades de sufrir un daño durante el proceso de reproducción serán más altas para ella de lo que sería para otra mujer que no presentara estos factores de riesgo. En consecuencia, ella debe recibir un cuidado preferencial por parte del personal de salud. Si no desea gestar habrá que curarle la anemia, la tuberculosis y brindarle una adecuada información para que voluntariamente elija un método anticonceptivo. Si desea gestar habrá que curarle la anemia, la tuberculosis y luego deberá recibir un cuidado especial durante la gestación, pues se tratará de un embarazo con alto riesgo obstétrico o perinatal por los factores de riesgo edad, paridad y antecedente de mala historia obstétrica que presenta.

En conclusión, lo importante es que el sector salud debe actuar antes de la concepción, tratando de *eliminar, modificar o cuando menos controlar los factores de riesgo preconcepcional*. En la actualidad no es aceptable, desde ningún punto de vista, esperar la gestación para recién actuar.

2.2 Riesgo reproductivo obstétrico

El concepto de *riesgo obstétrico* se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto.

Los factores de riesgo en esta etapa son prácticamente los mismos que fueron descritos en la etapa preconcepcional, con la diferencia que si no se intervino en esa etapa, aquí el riesgo aumenta por la misma gestación (Cuadro

No. 7). Por este motivo, es conveniente actuar no sólo en el prenatal y el parto, sino también en la etapa preconcepcional.

La aplicación del concepto de riesgo reproductivo preconcepcional es importante porque significa realizar prevención primaria, la cual potencialmente evita la morbimortalidad maternoinfantil al prevenir un embarazo de alto riesgo; sin embargo, este concepto es poco conocido y por lo tanto su uso es limitado, de allí la importancia de difundirlo y fomentar su aplicación. El concepto de riesgo reproductivo obstétrico, en cambio, es usado desde hace muchos años por los ginecólogo obstetras y tiene amplia aceptación y difusión a nivel mundial. Su utilización permite disminuir pero no evita la morbimortalidad maternoinfantil, pues es un instrumento de prevención secundaria. Estos conceptos, junto al de riesgo perinatal, son complementarios. En el Cuadro No. 8 se presentan algunas diferencias entre los conceptos de riesgo preconcepcional y riesgo obstétrico.

Existen otros factores de riesgo durante el periodo prenatal y el parto que están directamente relacionados con la gestación. En vista que los conceptos de riesgo obstétrico y riesgo perinatal se superponen desde la vigésimo octava semana de gestación hasta el parto, estos factores serán descritos en la sección 2.3 de este capítulo. Sin embargo, durante los primeros 5 meses de gestación existe un problema que es significativo y trascendente para la salud reproductiva: *el aborto*.

Se estima que en Latinoamérica se realizan alrededor de cinco millones de abortos anuales, lo que significaría una relación de 500 abortos por cada 1.000 nacidos vivos (18), algo realmente alarmante.

El aborto provocado, que es ilegal en la mayoría de países de América, es una de las principales causas de muerte materna. Se considera que las complicaciones del aborto ilegal son la principal causa de defunción para las mujeres latinoamericanas comprendidas entre los 15 y los 39 años (29).

Mientras que el aborto legal es uno de los procedimientos quirúrgicos más inocuos, los resultados del aborto ilegal dependen directamente de la condición social y económica de la mujer y su familia. Aquellas con buena situación económica tendrán acceso a ser atendidas por un cirujano especializado y en condiciones higiénicas. Las pobres, en cambio, se verán forzadas a acudir a un empírico incompetente y correrán un riesgo de defunción quizá de 100 a 500 veces mayor que las anteriormente mencionadas (26).

El aborto practicado en malas condiciones de asepsia, por personal inexperto y en etapas avanzadas del embarazo, es un problema grave de salud pública

(Cuadro No. 9). Las principales complicaciones en estos casos son las infecciones pélvicas y las hemorragias. También las perforaciones uterinas con daño en los intestinos y vejiga. Si estas complicaciones no producen la muerte de la mujer, producirán morbilidad y secuelas.

Sin embargo, el aborto no sólo produce traumas físicos y psíquicos a las mujeres, sino un excesivo gasto a los servicios de salud. En América Latina, aproximadamente entre el 10% y el 30% de las camas en los servicios de ginecología y obstetricia están ocupadas por mujeres con diagnóstico de aborto incompleto (18).

El aborto provocado es la consecuencia de una educación sexual deficiente, de insuficiente consejería, información y comunicación social y de una baja cobertura de los servicios de planificación familiar.

Un estudio realizado en Chile demostró que los abortos provocados y sus complicaciones disminuyeron cuando aumentó la cobertura y la calidad de los programas de planificación familiar (18). Por lo tanto, la planificación debe ser considerada como un instrumento útil para la prevención del aborto provocado legal o ilegal, al evitar el embarazo no deseado. Por esta razón, la planificación familiar también contribuye a disminuir el número de niños abandonados y el maltrato de los menores. La planificación familiar tiene innegables ventajas sobre el aborto provocado ilegal, las cuales se presentan en el Cuadro No. 10.

La Planificación Familiar se define como "la decisión consciente y voluntaria del individuo o la pareja para determinar el número de hijos que se desea y el espaciamiento entre ellos". Para que la definición se cumpla a cabalidad es necesario que la población tenga acceso a información, educación, servicios para el manejo de la infertilidad, y métodos de abstinencia periódica ("naturales") y modernos para regular su fecundidad.

La planificación familiar es el ejercicio de un derecho humano y un instrumento de salud. Lamentablemente, en algunos países de Latinoamérica se confunde el concepto de planificación familiar con el concepto de control de la natalidad. Este último tiene una connotación muy especial; por este motivo, es conveniente diferenciar claramente el significado de estos conceptos con el fin de evitar confusión en la población y el personal de salud, y el uso malicioso de la misma. En el Cuadro No. 11 se presentan las diferencias fundamentales entre estos conceptos.

Por lo expuesto, la planificación familiar siempre debe ser considerada un componente de los servicios integrales de salud reproductiva.

2.3 Riesgo reproductivo perinatal

El periodo perinatal abarca desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz (Cuadro No. 12).

En esta etapa del proceso reproductivo se usa el concepto de *riesgo perinatal*, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluye los riesgos para el feto o recién nacido. Los factores de riesgo en esta etapa son los siguientes (Cuadro No. 13):

2.3.1 Factores de riesgo durante el embarazo

Los principales factores de riesgo durante el embarazo son los siguientes: anemia, diabetes, infecciones, insuficiente aumento de peso, excesivo aumento de peso, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA, enfermedad hipertensiva del embarazo (toxemia), embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina), exposición a radiaciones, riesgos ocupacionales y abuso de alcohol, drogas o tabaco.

2.3.2 Factores de riesgo durante el parto

Durante el parto los principales factores de riesgo son:

- *Hemorragias por* desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura uterina o laceraciones del canal del parto;
- *Infecciones por* higiene inadecuada del tracto genital o por uso de instrumentos no esterilizados. La ruptura prematura de membranas y la retención de fragmentos de placenta predisponen a las infecciones;
- *Parto obstruido* por alteraciones en la presentación fetal, desproporción cefalo-pélvica o alteraciones en la dinámica uterina; y
- *Pre-eclampsia* que puede desencadenar una eclampsia (convulsiones).

2.3.3 Factores de riesgo durante el puerperio

Los principales factores de riesgo durante el puerperio son:

- Hemorragias por atonía uterina; e

- Infecciones

2.3.4 *Factores de riesgo para el recién nacido*

Como consecuencia de la mejora de los aspectos sociales, económicos y el desarrollo de la infraestructura asistencial, la mortalidad infantil tiene tendencia a disminuir rápidamente en la mayoría de los países. En cambio, la mortalidad perinatal disminuye con lentitud, pues se ve menos afectada por el proceso general de transformación social y más por la labor de promoción, prevención y tratamiento en las etapas preconcepcional, prenatal y durante el parto. En la mayoría de los países, la mitad de las defunciones perinatales ocurren antes del parto (periodo fetal tardío) y la otra mitad en la primera semana que sigue al nacimiento (periodo neonatal precoz) (15) (Cuadro No. 12).

Las principales causas de muerte neonatal y perinatal están poco documentadas en los países en desarrollo. Sin embargo, sobre la base de estudios comunitarios limitados, la OMS estima que las principales causas (factores de riesgo) son las siguientes (15):

- Prematuridad/Bajo peso al nacer
- Infecciones (Tétanos, diarrea, neumonía, septicemia)
- Asfixia
- Traumatismos durante el nacimiento

En líneas generales, se ha concedido escasa prioridad a la atención neonatal, posiblemente por las siguientes razones:

- 1) Muchas sociedades no reconocen que la mortalidad neonatal sea un problema. A veces el hecho es tan común que la sociedad, por razones afectivas y culturales, lo considera algo "natural".
- 2) El subregistro es tan grande que no permite a las sociedades darse cuenta de la magnitud del problema.
- 3) Finalmente, existe la creencia errónea que para mejorar la salud del recién nacido se necesita una tecnología moderna y cara, así como personal altamente especializado. No obstante, la mayoría de afecciones que terminan con la vida del recién nacido podrían evitarse o tratarse sin necesidad de recurrir a técnicas complejas y costosas. Bastaría una mejor comprensión y manejo de los factores de riesgo durante los periodos preconcepcional, prenatal y del parto, así como de las necesidades biológicas del recién nacido después del parto y en los primeros 7 días de vida, para mejorar la salud de éste y de la madre.

Una inversión módica en tecnología apropiada y al alcance de países en vías de desarrollo como un sencillo equipo de reanimación, calefacción suficiente, lámparas para el tratamiento de la ictericia y la reorganización de los servicios de maternidad para permitir el alojamiento conjunto, es decir, la cohabitación del niño con su madre desde el nacimiento, con la finalidad de favorecer la relación afectiva madre-hijo, la lactancia materna y otros beneficios, mejoraría la salud del recién nacido.

Cualquier alteración que se produzca en el periodo perinatal tendrá efectos no solo en la salud de la madre sino en el crecimiento y desarrollo del niño, disminuyendo sus aptitudes físicas y mentales, su capacidad de aprendizaje y su futuro rendimiento laboral. Estas secuelas significarán una mayor carga y tensión a la familia, a la comunidad y a las diversas instituciones sociales.

3. Clasificación del riesgo reproductivo

La *medición* del grado de riesgo es la base de la programación y de la atención, ya que permite identificar en la población a aquellos individuos, familias o comunidades que tienen una mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. Esto significa que tienen también una mayor necesidad de atención, la que deberá orientarse prioritariamente hacia ellos (Cuadro No. 14).

La posibilidad de medir con precisión y cuantificar los riesgos que tiene un individuo o población es relativamente reciente y permite a los trabajadores de la salud concentrarse en el aspecto preventivo de la asistencia sanitaria. Para lograr este propósito es necesario que se elaboren instrumentos que discriminen y clasifiquen a las mujeres de acuerdo a su riesgo. Estos instrumentos pueden ser usados, con las adaptaciones necesarias, en todos los niveles de atención y complejidad; incluyendo el comunitario. También, pueden ser usados por la misma población para el autocuidado de su salud.

Un sistema de clasificación, referencia y contra-referencia basado en riesgo reproductivo facilitará la toma de decisiones del personal de salud en toda la red de servicios, ayudando al cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos. La conducta que se seguirá en cada caso será diferente, de acuerdo al grado de riesgo que presente la mujer. Por ejemplo, aquellas que tienen alto riesgo deben ser atendidas en un nivel de mayor complejidad (II ó III), por un médico y ser objeto de búsqueda activa en la comunidad por promotores o responsables populares de salud, en el caso que no acudan a su cita con el establecimiento de salud, entre otras medidas. En suma, se les debe brindar una atención preferencial pues tienen una mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. Aquellas con bajo riesgo deben ser

atendidas en un nivel de menor complejidad con capacidad para resolver estos casos. Se trata de una atención de buena calidad y suficiente para el grado de riesgo que presenta la mujer.

Cuando se diseña un instrumento para clasificar a la población por su grado de riesgo es conveniente tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que el instrumento creado tenga la mayor sensibilidad y especificidad posibles. Por este motivo, la línea de corte (aquella que teóricamente separa a los que tienen alto riesgo de los que tienen bajo riesgo) debe ser cuidadosamente definida.
2. No existe un instrumento perfecto, ya que siempre existirán falsos positivos y falsos negativos. Si el número de falsos positivos es excesivo se producirá congestión en los servicios de mayor complejidad y gasto innecesario de los recursos. Si el número de falsos negativos es excesivo significa que el instrumento deja muchos individuos con alto riesgo sin detectar, lo cual es más peligroso en términos de salud.
3. El instrumento debe ser muy sencillo. Si es complejo no podrá ser utilizado por el personal de salud no profesional y por el personal de salud comunitario; *inclusive los profesionales no lo usarán* por falta de tiempo.

La experiencia ha enseñado que los instrumentos que asignan un peso ponderal a las diferentes variables, generalmente son complicados y por lo tanto pierden su utilidad en la práctica clínica y epidemiológica.

4. Los instrumentos deben facilitar la toma de decisiones al personal de salud de los diferentes niveles de atención, al personal comunitario y a la población fomentando el autocuidado de su salud. Es posible adaptar un mismo contenido para permitir su uso por personal con diferente grado de preparación.

A continuación se presentan los sistemas de clasificación que se están usando en el Perú y Bolivia.

3.1 Sistema de clasificación del Perú

En el Cuadro No. 15 se presenta una ficha diseñada y validada en el Perú, para clasificar a las mujeres según su riesgo reproductivo. Los factores de riesgo de este instrumento se definieron sobre la base de un estudio que realizó el

Instituto de Neonatología y Protección Maternoinfantil, con los datos de 47.760 mujeres atendidas de parto en 1976. En dicho estudio se identificaron 67 factores de riesgo con significancia estadística, siendo los principales los siguientes: edad, paridad, intervalo intergenésico antecedentes obstétricos, patología materna y bajo nivel socioeconómico.

Un grupo de expertos, reunidos en Lima en 1985 para diseñar un instrumento de clasificación basado en riesgo reproductivo, concluyó lo siguiente:

- que el instrumento debería servir para clasificar a las mujeres en edad fértil gestantes y no gestantes, debido a que en el Perú no existía "un instrumento adecuado y difundido a nivel nacional para la clasificación del Riesgo Obstétrico y porque la mayoría de factores de riesgo eran comunes durante los periodos preconcepcional y prenatal (8).
- asimismo, se decidió no incluir factores de riesgo socioeconómicos, debido a que era difícil su medición por lo subjetivo de los datos y porque las zonas donde se iba a usar el instrumento eran pobres, por lo que probablemente estos factores no ayudarían en la discriminación.

La ficha fue validada en el departamento de Ica y se demostró que también podía ser usada por los promotores de salud y las parteras tradicionales con ciertas adaptaciones.

La ficha se empezó a usar en el Ministerio de Salud en 1986 y posteriormente fue adoptada también por la Seguridad Social.

3.2 Sistema de clasificación de Bolivia

En Bolivia se usa desde hace algunos años la Historia Clínica Perinatal diseñada por el Centro Latinoamericano de Perinatología, para clasificar a las mujeres gestantes de acuerdo a su riesgo obstétrico y perinatal. La Historia tiene un sistema de alarma identificado con el color amarillo, que permite al prestador de servicios tomar decisiones y manejar los casos de acuerdo a las normas y procedimientos nacionales (Cuadro No. 16).

Para las mujeres en edad fértil no gestantes se diseñó el formulario que se encuentra en el Cuadro No. 17. Este formulario es parte de la Historia Clínica Unica del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia. Además, cuenta con un carnet que se entrega a la paciente, el cual sirve como instrumento de referencia y para la transferencia de información entre los diferentes niveles de atención de la red de servicios (Cuadro No. 18).

El sistema de clasificación incluye sólo 4 factores de riesgo: edad menor de 18 años o mayor de 35, paridad mayor a 3, intervalo intergenésico menor de 2 años, y antecedentes de mala historia obstétrica. Sobre la base de estos factores de riesgo se define si la mujer tiene alto riesgo reproductivo preconcepcional o no. Existen otras situaciones que clasifican directamente a la mujer como alto riesgo reproductivo preconcepcional.

Los factores de riesgo se identifican con el color amarillo. El alto riesgo reproductivo preconcepcional se identifica con el color rojo. Esta innovación facilita la toma de decisiones por parte del personal de salud y la aplicación de las normas y procedimientos establecidos.

El instrumento también incluye información respecto a otros aspectos de la prestación de servicios de salud reproductiva. Registra resultados del examen de Papanicolaou y de enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, registra la fecha de inicio de los métodos anticonceptivos, su seguimiento, la fecha de abandono y la causa.

Este instrumento está siendo validado en la actualidad en 6 Distritos de Salud. Se tiene previsto adaptarlo para que también pueda ser usado por los auxiliares de enfermería y el personal comunitario.

IV. PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Como se ha mencionado anteriormente, en cada sociedad existen individuos, familias y comunidades con más probabilidades que otros de sufrir en el futuro enfermedades, accidentes o muerte prematura. Sin embargo, también existen individuos, familias y comunidades con más probabilidades que otros de disfrutar mejor salud.

Como la tendencia hasta hace pocos años ha sido preocuparse más por la enfermedad que por la salud, el concepto de riesgo ha pasado a formar parte de la prevención de la enfermedad. Las probabilidades de buena salud se consideraron principalmente como un riesgo bajo de enfermar y los epidemiólogos rara vez estudiaron las características de las personas y poblaciones sanas. En el campo de la salud infantil y materna se llegó a hablar hasta de "supervivencia", término que evidenciaba que el único objetivo era evitar la muerte, postergando y ocultando las secuelas de la morbilidad y más aún, la calidad de vida de la población.

En los momentos actuales es necesario que surja un concepto análogo al de factor de riesgo, que podría llamarse *factor promotor de salud*. Es decir, una serie de factores interactivos que pudieran utilizarse en conjunto para predecir no solo un riesgo bajo de enfermar o morir, sino la probabilidad de lograr bienestar físico, psíquico, mental y una buena calidad de vida.

Estamos hablando no solo de prevención de la enfermedad sino de *promoción de la salud* (Cuadro No. 18).

La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 respaldó la Carta de Ottawa sobre promoción de la salud, adoptada en 1986 en una conferencia internacional sobre promoción de salud. Esta reunión fue patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, Health and Welfare Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública y en ella participaron 38 países (17).

Algunos enunciados de esta declaración referentes a la promoción de la salud, son los siguientes:

1. Se reconoce "como requisitos fundamentales para la salud a la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad".

2. "La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud, sino que constituye un quehacer intersectorial".
3. "La promoción de la salud abarca campos y enfoques diversos aunque complementarios, entre los que se incluyen: la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la población y la búsqueda de una reorientación de los servicios de salud".

La promoción de la salud está basada principalmente en el comportamiento o estilo de vida de las personas. Definitivamente, la salud depende más del comportamiento individual y social que de las acciones aisladas que pueda realizar el sector salud. Sin embargo, la salud también depende de una mejora en las condiciones sociales donde se incluye la educación, la vivienda, los ingresos y la alimentación. Asimismo, depende de una mejora en la situación social de la mujer. Es muy difícil modificar el comportamiento para promocionar la salud cuando el sistema educativo no es adecuado, existe pobreza, las viviendas no tienen agua ni alcantarillado, las personas sufren de hambre y la mujer aún es víctima de discriminación y postergación.

Existe consenso en que la salud es un derecho. No obstante, la salud no se da *per se*. La salud tiene que lograrse en base a esfuerzo y perseverancia, tanto individual como colectiva. En ese sentido, la estrategia de atención primaria de la salud está más vigente que nunca, ahora a través de la táctica operacional de los sistemas locales de salud donde se deben concertar los esfuerzos tanto de la comunidad, del sector salud y de otros sectores en la búsqueda de "salud para todos".

A continuación se presenta algunos comportamientos que contribuyen a promocionar la salud reproductiva:

1. Ejercicio de una sexualidad segura y responsable

Este comportamiento promociona la salud reproductiva al permitir una sexualidad con las siguientes características:

- Libre del temor de contraer una enfermedad de transmisión sexual, especialmente ahora que la humanidad se ve amenazada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que desencadena finalmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Libre del temor de engendrar hijos no deseados, situación que

predispone a problemas psíquicos y sociales de los padres, al aborto provocado y al aumento de niños abandonados o maltratados.

2. Ejercicio de una paternidad responsable

La paternidad responsable implica un comportamiento reproductivo que considere los siguientes aspectos:

- que las gestaciones sean planificadas para que ocurran en el momento deseado por la pareja.
- que los padres tengan conciencia que procrear un ser humano implica no solo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad.
- que los padres no sólo deben procurar brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos; sino que tienen la responsabilidad de brindarles amor, tiempo, amistad y protección.

La promoción de la salud reproductiva y la *prevención* del daño reproductivo, a través de la detección y manejo del riesgo reproductivo, son acciones complementarias. Sin embargo, en los próximos años los esfuerzos deberán volcarse en mayor grado hacia las acciones de promoción de la salud y al fomento de estilos de vida saludables, para lo cual necesariamente se deberá buscar una mayor participación de la sociedad en su conjunto.

V. ACCIONES PARA FOMENTAR Y DESARROLLAR LA SALUD REPRODUCTIVA

Las acciones de salud reproductiva son principalmente intervenciones de salud pública. Es decir, son acciones dirigidas a resolver un problema frecuente y prioritario de la población, son factibles de realizarse con los recursos existentes, producen gran impacto en favor de la salud y tienen el mejor costo-beneficio posible.

Por lo tanto, se trata de acciones dirigidas principalmente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, sin embargo, no descuidan el tratamiento y la rehabilitación (1).

Si bien es cierto que las acciones de salud reproductiva están dirigidas tanto al hombre como a la mujer, generalmente se enfatizan aquellas dirigidas a esta última. Este hecho se explica porque la fecundación, el embarazo y el parto, suceden en el cuerpo de la mujer y es ella, el feto o el recién nacido quienes sufrirán las consecuencias de cualquier complicación en el proceso, inclusive la muerte. Asimismo, las secuelas de la mayoría de enfermedades de transmisión sexual son más graves en las mujeres; ellas usan tres veces más anticonceptivos que los hombres; los métodos que usan tienen en general más riesgos potenciales que los que usan los hombres; y los estudios de infertilidad son más complicados en ellas. Las mujeres tienen también una participación más activa en la crianza de los hijos siendo su papel muy importante no sólo para la sobrevivencia de los mismos, sino en su crecimiento y desarrollo. Por estas y otras razones, los salubristas enfatizan las acciones de salud reproductiva en la mujer.

Las acciones de salud reproductiva unen una serie de especialidades médicas, como la ginecología, la obstetricia, la perinatología, la neonatología y la pediatría, alrededor del proceso de reproducción. Asimismo, necesitan de una participación multidisciplinaria: salud pública, enfermería, psicología, sociología y medicina, entre otras.

Las acciones de salud reproductiva están unidas al concepto de "atención integral de salud", pues se trata de un conjunto de intervenciones de salud que se ofertan como un todo, como un "paquete", de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos; sin perjuicio que cada país, departamento o estado pueda priorizar algunas de estas intervenciones de acuerdo a su situación de salud y sus necesidades.

1. Acciones de salud reproductiva dirigidas a la mujer

Las acciones de salud dirigidas a la mujer en las últimas décadas, generalmente se han centrado en la mujer gestante. No obstante, la mujer tiene derecho a la salud no solamente cuando va a ser madre. Como se ha descrito anteriormente, las acciones de salud antes de la gestación son imprescindibles para lograr la salud reproductiva. Este enfoque implica una concepción integral de la mujer, sea ésta gestante o no gestante.

La salud reproductiva plantea, entonces, una "Atención Integral de Salud a la Mujer". Esta atención se podría dividir para fines prácticos en:

1.1 Atención integral de salud a la mujer en edad fértil no gestante

El "paquete" de acciones dirigidas a la mujer no gestante puede incluir, entre otras, las siguientes (Cuadro No. 20):

- Consejería en salud reproductiva.
- Detección y manejo del alto riesgo reproductivo preconcepcional.
- Planificación familiar, incluyendo la regulación de la fecundidad, a través de la tecnología anticonceptiva y el manejo de la infertilidad.
- Inmunización con toxoide tetánico.
- Detección y tratamiento precoz del cáncer femenino: cérvico-uterino y de mama. Aunque esta acción no está directamente relacionada con el proceso reproductivo, es conveniente incluirla para cumplir los postulados de la atención integral. Así, la prueba de Papanicolaou puede realizarse antes de la inserción de un dispositivo intrauterino o durante un examen ginecológico de rutina.
- Control de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.
- Detección y tratamiento de enfermedades ginecológicas.
- Nutrición y alimentación complementaria.

1.2 Atención integral de salud a la mujer gestante

La atención a la mujer gestante comprende el control prenatal, parto, puerperio y la atención del recién nacido.

1.2.1 Atención durante el periodo prenatal (Cuadro No. 21)

- a) Evaluación periódica del embarazo para la detección oportuna de patologías obstétricas y otras; así como para la evaluación del adecuado crecimiento del feto.
- b) Detección y manejo del alto riesgo obstétrico y perinatal.
- c) Inmunización con toxoide tetánico a la gestante.
- d) Detección del cáncer cérvico-uterino y de mama: prueba de Papanicolaou y examen de mamas. El control prenatal es una buena oportunidad para realizar estos exámenes.
- e) Control de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- d) Nutrición y alimentación complementaria.
- e) Consejería sobre salud reproductiva, con énfasis en planificación familiar, paternidad responsable y lactancia materna.

1.2.2 Atención del parto (Cuadro No. 22)

- a) Manejo oportuno de las hemorragias.
- b) Prevención de infecciones.
- c) Manejo oportuno del parto obstruído (cesárea disponible).
- d) Prevención de la eclampsia.

1.2.3 Atención del puerperio

- a) Prevención y tratamiento de la patología. Se debe poner especial énfasis en la prevención de las infecciones y las hemorragias.
- b) Estímulo y fomento de la lactancia materna.

- c) Consejería sobre planificación familiar y oferta de servicios para regular la fecundidad en el establecimiento de salud (DIU post-parto y otros métodos recomendados durante la lactancia materna).

2. Acciones de salud reproductiva dirigidas al recién nacido (Cuadro 23)

- Garantía de un parto atraumático y en buenas condiciones de higiene.
- Mantenimiento de la temperatura corporal.
- Vigilancia de la respiración espontánea y manejo oportuno de la asfixia.
- Alojamiento conjunto.
- Inicio de la lactancia materna al poco tiempo de nacer.

3. Acciones de salud reproductiva dirigidas al hombre

Las acciones dirigidas al hombre son principalmente en el campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entre otras, podemos considerar las siguientes (Cuadro No. 24):

- Consejería en salud reproductiva.
- Planificación familiar.
- Control de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

4. Acciones dirigidas a la población en general

4.1 Educación

La educación para lograr un comportamiento sexual y reproductivo saludable debe empezar desde el nacimiento del niño. En un inicio la responsabilidad es básicamente de los padres, quienes a través del ejemplo y de la vida en familia sientan las bases del futuro comportamiento general del niño.

Posteriormente, la educación debe enfatizarse en la escuela. Es conveniente que la educación para la sexualidad y la reproducción responsable formen parte de un conjunto de contenidos sanitarios, los cuales deben ser definidos por cada país e inclusive por cada departamento o estado, de acuerdo a sus necesidades de salud.

La educación en las escuelas debe ser complementada con acciones en clubes deportivos, organizaciones comunitarias y otras instituciones infantiles y juveniles, especialmente en los países donde la asistencia a la escuela es baja.

La educación debe estar dirigida a que los niños y adolescentes aprendan a tomar decisiones acertadas, adopten valores positivos, enfrenten las presiones de grupo, trabajen en conjunto y eviten conflictos.

4.2 Información y comunicación social

La información a la población acerca de la importancia de la salud reproductiva es fundamental para orientarla en aspectos de promoción y prevención. Asimismo, es necesario que sepa donde se brindan los servicios, el horario de atención y otras características.

La población necesita acceder a esta información para poder participar activamente en el desarrollo de la salud reproductiva.

La información se puede brindar por medios masivos, grupales o a través de relaciones interpersonales, incluyendo la consejería (ver la sección VI. 5.1.1).

4.3 Legislación

Es preciso fomentar la elaboración de leyes y disposiciones que protejan a los actores del proceso reproductivo, en especial a la mujer. Por ejemplo, descanso médico pre y post-natal; licencia para lactancia materna, prueba de Papanicolaou y vacunación obligatoria con toxoide tetánico para solicitar vacaciones o para buscar trabajo, protección a los derechos de la mujer, etc.

VI. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

La prestación de servicios de salud reproductiva es un verdadero desafío. Existen muchos problemas que dificultan la oferta y demanda de estos servicios, lo cual se refleja en las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil de muchos países.

Uno de los principales problemas es la insuficiente cobertura de los servicios de salud reproductiva. Un ejemplo claro de esta situación es la cobertura del parto atendido en instituciones. La Organización Mundial de la Salud calcula que solamente el 55% de los partos a nivel mundial son atendidos por personal adiestrado, lo que significa que el número de los que tienen lugar en una institución es aún menor (15).

La cobertura de los servicios de salud es un tema complejo. Por ejemplo, una evaluación del Programa Nacional de Parto Gratuito de Bolivia, realizada en 1988, constató que la mayoría de las maternidades trabajaban sólo a un 30% o 40% de su capacidad instalada, a pesar que la red de servicios institucionales de salud era insuficiente. Dicha evaluación concluyó que, las gestantes no acudían a los establecimientos de salud para ser atendidas durante su parto por factores culturales, geográficos y por la deficiente calidad de atención en los servicios, y no sólo por la falta de recursos económicos (9).

Por lo tanto, la cobertura de los servicios de salud depende de un conjunto de factores íntimamente relacionados (28), los cuales se describen a continuación (Cuadro No. 25):

- **Disponibilidad**

Es la oferta total de servicios de salud reproductiva que el sistema de salud pone a disposición de la población en un área geográfica determinada.

- **Accesibilidad**

La accesibilidad se refiere a que los servicios de salud que se ofertan a la población sean realmente alcanzables por ésta.

Entre las barreras que impiden el acceso a los servicios, se encuentran las siguientes: distancia entre la población y los servicios, costo de los mismos, nivel de información y educación que tiene la población.

- **Aceptabilidad**

Se refiere a que la población esté deseosa de usar los servicios de salud reproductiva disponibles y a los cuales tiene acceso.

Puede ser que no los acepte porque están contra sus costumbres, tradiciones o religión.

- **Contacto y utilización**

Se refiere a que la población entre en contacto y utilice los servicios de salud reproductiva disponibles, a los cuales tiene acceso y acepta.

- **Efectividad y eficiencia**

Se refiere a que la población reciba una atención eficiente y eficaz; la cual se debe reflejar en la satisfacción del paciente, en el costo beneficio y en los indicadores de salud.

No es suficiente que los servicios de salud reproductiva se utilicen, sino que realmente sean efectivos. Es la cobertura de efectividad la que realmente impacta en el desarrollo de la salud.

A continuación se desarrolla cada uno de estos componentes de la cobertura.

1. **Disponibilidad de servicios de salud reproductiva en la red de servicios de salud existente**

El primer objetivo para aumentar la cobertura de los servicios integrales de salud reproductiva es lograr que los mismos se presten en la red de servicios de salud existente, con un grado de complejidad acorde al nivel de atención respectivo.

A continuación se propone algunas sugerencias para aumentar la disponibilidad de los servicios de salud reproductiva.

- 1.1 **Mejoramiento de la capacidad técnica de los recursos humanos para prestar servicios de salud reproductiva**

En determinadas ocasiones el personal de salud no está capacitado para prestar un adecuado servicio de salud reproductiva en los diferentes niveles de atención. En Bolivia, por ejemplo, las deficiencias técnicas son notorias en la prestación de servicios de planificación familiar y el manejo del embarazo de alto riesgo.

Por este motivo, los esfuerzos deben estar dirigidos a la capacitación en servicio del personal de salud y a la capacitación en los centros formadores de recursos humanos (universidades e institutos técnicos), donde probablemente se necesite modificar los currículos con la finalidad que egrese profesionales y técnicos con conocimientos más acordes a la realidad y situación de salud del país.

1.2 Autorización al personal auxiliar de enfermería para prestar servicios de salud reproductiva

En algunos países el personal profesional de salud es insuficiente y no está equitativamente distribuido. Los médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, etc., se encuentran generalmente concentrados en las grandes ciudades, dejando las áreas rurales desprotegidas.

En ocasiones, esta situación ha originado que los auxiliares de enfermería se encuentren a cargo de los establecimientos de salud de menor complejidad. Este personal se caracteriza por ser más estable que los médicos, quienes generalmente emigran a la ciudad en busca de mejores ingresos o actualización científica, tener gran contacto social con la población a la que sirven, debido a que generalmente viven cerca a la zona donde trabajan, y gozar de buen prestigio en la comunidad.

Numerosos estudios indican que los auxiliares de enfermería pueden prestar servicios de salud reproductiva de buena calidad. Por ejemplo, un estudio piloto en Tailandia demostró que el personal de salud no médico podía recetar anticonceptivos orales con seguridad y eficacia, usando una guía sencilla de contraindicaciones (25). Como consecuencia de este estudio, el Ministerio de Salud autorizó a todas las "enfermeras auxiliares parteras" que hubieran recibido capacitación básica en planificación familiar, a prescribir la píldora. Esta medida hizo que el número de proveedores de píldora aumentara de 350 a 3.500. El número de usuarias aumentó de 25.000 a 35.000 a los tres meses de la autorización. Un año y medio después de la medida, más de 80.000 mujeres aceptaron la píldora en un sólo trimestre (Cuadro No. 26).

El personal auxiliar de enfermería también puede tomar muestras de Papanicolaou, controlar a la gestante durante el embarazo, atender partos de bajo

riesgo y brindar otros servicios de salud reproductiva. Esto se logra a través de capacitación y el uso de guías que lo oriente a la toma de decisiones y referencia oportuna de pacientes.

Autorizar al personal auxiliar de enfermería a prestar servicios de salud reproductiva es una medida que contribuye a aumentar la disponibilidad y por ende, la cobertura de los servicios de salud.

1.3 Mejoramiento de la disponibilidad de equipos, materiales, medicamentos y anticonceptivos en los servicios de salud

Cuando los servicios de salud no disponen de equipos, materiales, medicamentos y anticonceptivos en cantidad suficiente, se limita grandemente la prestación de servicios de salud reproductiva al no poder trabajar al máximo de su capacidad.

Este aspecto debe ser una preocupación constante de los prestadores de servicios y los gerentes de salud. La disponibilidad de estos recursos no solo depende de su adquisición y de una adecuada programación local, sino de una red de almacenamiento y distribución que garantice su presencia oportuna y en cantidad suficiente en los establecimientos de salud.

1.4 Fomento de la disponibilidad de sangre segura

Siendo la hemorragia una de las principales causas de muerte materna, es urgente adoptar una estrategia para garantizar la disponibilidad de sangre en los establecimientos de salud, cuando menos para casos de emergencia.

Una opción es la creación de "bancos de sangre comunitarios", la cual consiste en reclutar voluntarios de la comunidad que estén dispuestos a donar sangre para casos de emergencia, como una muestra de solidaridad y compromiso social. El personal de salud debe elaborar una lista de los voluntarios donde figure su dirección, su grupo sanguíneo y el factor Rh. Los voluntarios deben ser sometidos periódicamente a pruebas de laboratorio para descartar enfermedades como hepatitis, chagas, sífilis y VIH.

Otra opción es que el establecimiento de salud mantenga algunas unidades de sangre en forma perenne a disposición de la población. La sangre se renueva permanentemente a través de un sistema entre los diferentes establecimientos de salud del Distrito (sistema local de salud), coordinado por el hospital del mismo que la provee.

En la actualidad los programas para el control del SIDA tienen fondos para fortalecer los bancos de sangre, por lo que es conveniente que los pro, ramas materno-infantiles trabajen conjuntamente con aquellos para mejorar la disponibilidad de sangre "segura" en todos los niveles de atención.

1.5 Fortalecimiento de la capacidad resolutive del hospital del distrito de salud (Hospital del Sistema Local de Salud - SILOS)

Es imperativo que el hospital del sistema local de salud pueda garantizar una prestación básica de servicios de salud reproductiva, la cual permita la resolución de cualquier complicación que se pudiera presentar en el área geográfica a la que sirve, principalmente durante el embarazo y el parto.

El hospital del Distrito de Salud debe prestar mínimamente los siguientes servicios en el campo de la salud reproductiva:

- Servicio de cirugía y anestesia que permita por lo menos una intervención cesárea, la resolución de un embarazo ectópico roto y la atención de un parto instrumentado.
- Banco de sangre que sirva no solamente a los pacientes del hospital, sino a todo el sistema local de salud.
- Manejo del embarazo de alto riesgo.
- Servicio básico de laboratorio las 24 horas del día y tecnología diagnóstica mínima.
- Sistema de transporte para referir pacientes a un hospital de mayor complejidad (Hospital o Maternidad del tercer nivel de atención).

Asimismo, es conveniente que el hospital del Distrito de Salud lleve a cabo investigaciones operativas para probar tecnología apropiada, es decir, poco costosa y confiable, y para solucionar una serie de problemas que se presenten en la prestación de los servicios en el sistema local de salud.

2. Accesibilidad a los servicios de salud reproductiva

2.1 Sugerencias para "acercar" los servicios de salud a la población

Un estudio en Filipinas demostró que la asistencia a los establecimientos de salud disminuye conforme aumenta la distancia entre las poblaciones y dichos establecimientos (25). Por lo tanto, un aspecto fundamental en la prestación de

servicios de salud reproductiva es que los mismos estén lo más cerca posible de la población. A continuación se describen algunas sugerencias que facilitan, desde el punto de vista geográfico, la accesibilidad de la población a los servicios de salud reproductiva.

2.1.1 Disminución del tiempo de viaje a los servicios de salud

El tiempo promedio de viaje que demora la población en llegar al establecimiento de salud más cercano influye directamente en la accesibilidad.

En general, la dificultad es mayor en las áreas rurales; sin embargo, en las grandes ciudades debido al congestionamiento vehicular, transporte insuficiente y costo elevado, el acceso también puede ser difícil.

En las zonas rurales es imperativo que el personal de salud contribuya a organizar un sistema de transporte entre las comunidades a las que sirve y el establecimiento de salud, y de éste al Hospital del Distrito de Salud (Hospital del primer nivel de referencia del Sistema Local de Salud), el cual garantice el traslado inmediato de pacientes en casos de emergencia.

En esta tarea se debe considerar no sólo a la ambulancia del establecimiento, la cual si existe generalmente no está en funcionamiento, sino a todos los vehículos disponibles en el área geográfica como los pertenecientes a otros sectores, a destacamentos policiales y del ejército, a organizaciones no gubernamentales y privados. Esto se puede conseguir a través de la coordinación intersectorial y la participación activa de la comunidad. En zonas donde no hay carreteras se debe incluir, en el inventario de transporte disponible, a los animales de carga, carretas, botes o canoas.

La organización de la comunidad antes que suceda la emergencia es la principal estrategia para lograr un sistema de transporte adecuado.

2.1.2 Creación de servicios de salud para prestar servicios de salud reproductiva

En algunos casos puede ser necesario crear establecimientos de salud para prestar los servicios de salud reproductiva. Si este fuera el caso, es conveniente que los establecimientos presten la mayor cantidad de servicios posibles, en forma integral y no exclusivamente servicios de salud reproductiva. Además, se debe planificar cuidadosamente la ubicación, tamaño, nivel de complejidad y costo del mantenimiento de los futuros servicios de salud, en relación a las necesidades de salud de la población a la que servirán.

La prestación de servicios de salud reproductiva se facilita cuando los establecimientos están ubicados en zonas con alta densidad poblacional y cercanos a puntos de convergencia como mercados, ferias, confluencia de caminos o carreteras; cuando se cuenta con buenas vías de comunicación y existen medios de transporte fácilmente disponibles. Estas condiciones permiten que una mayor cantidad de gente tenga acceso a los servicios de salud.

No obstante, en la mayoría de países es difícil la creación de servicios de salud, no sólo por problemas económicos sino por la escasa disponibilidad de recursos humanos. Por este motivo, el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, aprobado en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (20), sugiere las siguientes opciones para mejorar la cobertura de los servicios durante el embarazo y el parto: los hogares para gestantes de alto riesgo y las casas comunitarias de parto. Ambas son en realidad una simbiosis de los servicios institucionales y comunitarios, sin embargo, estos establecimientos deben ser considerados siempre "institucionales", pues el fin fundamental que persiguen es incrementar la cobertura del parto institucional:

- *Hogares para gestantes de alto riesgo*

Esta es una propuesta muy útil para zonas rurales donde las distancias y las vías de comunicación son un problema.

Los hogares son casas donadas por la comunidad cerca al Hospital del Distrito de Salud (Hospital del primer nivel de referencia del Sistema Local de Salud) para el alojamiento de gestantes con diagnóstico de alto riesgo obstétrico.

Se trata de embarazadas cuya situación no amerita una hospitalización; pero a las cuales es conveniente controlar regularmente especialmente en las semanas cercanas al parto. En vista que estas gestantes pueden presentar en cualquier momento una emergencia, es conveniente que tengan un acceso fácil y rápido al hospital. Lamentablemente, esto no siempre es posible, especialmente cuando las pacientes viven en zonas lejanas, a veces a varios días de camino del hospital. Los hogares son precisamente una alternativa de solución para estos casos, al brindar un alojamiento cercano al hospital a bajo costo o gratuito.

Los hogares son administrados por la misma comunidad y por personal institucional auxiliar. Los médicos del hospital supervisan los hogares y pasan visita periódicamente. Nadie percibe un salario por estos servicios.

La alimentación, lavandería y otros servicios son proporcionados por la comunidad organizada, lo cual abarata el costo.

De esta forma, los hogares para las gestantes de alto riesgo se constituyen en una opción para "acercar" los servicios de salud a la comunidad, facilitando así la accesibilidad de las gestantes a los mismos.

- *Casas comunitarias de parto*

Se trata de casas donadas por la comunidad para la atención del parto de bajo riesgo, las cuales son administradas por personal auxiliar institucional y personal comunitario.

En estos establecimientos atienden partos tanto las parteras tradicionales como los auxiliares de enfermería. Por este motivo, es conveniente que estas casas estén ubicadas cerca a los puestos de salud donde atienden en forma regular los auxiliares de enfermería.

Esta alternativa facilita un intercambio de experiencias y conocimientos entre el personal de salud institucional y comunitario, favoreciendo un trabajo en equipo. Asimismo, permite la capacitación en servicio del personal de salud comunitario y su supervisión.

Los establecimientos están bajo supervisión médica continua y tienen acceso garantizado al hospital del Distrito de Salud (primer nivel de referencia del Sistema Local de Salud).

Las casas comunitarias de parto son una opción para aumentar la cobertura del parto institucional a bajo costo.

2.1.3 Fortalecimiento de la participación social

Se entiende por participación social al proceso mediante el cual los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones y los sectores intervienen en la identificación de los problemas de salud y otros afines; y trabajan conjuntamente para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. Este proceso incluye la asunción de responsabilidades por parte de los diversos actores del sistema social para ejecutar los planes diseñados y la evaluación de los mismos.

La participación social se considera no sólo como un medio para ofrecer servicios de atención de salud más efectivos, sino como un fin y un indicador de la democracia y el desarrollo. Sin embargo, en esta sección el tema se enfocará como una alternativa para aumentar la cobertura de los servicios de salud; por lo tanto, se limitará a la interacción participativa y la responsabilidad mutua entre los servicios de salud y la población en esta tarea.

Lo ideal sería que los servicios de salud se prestaran exclusivamente a través de una red de establecimientos con cobertura universal. Lamentablemente, esto es una utopía en muchos países en vías de desarrollo, donde gran parte de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud. Por otro lado, es difícil que este problema se solucione a corto plazo; por lo tanto, es necesario que el modelo de atención de estos países incluya y fomente la participación de personal comunitario en el cuidado de la salud, como una alternativa que favorezca la cobertura de los servicios de salud inmediatamente, entre otros beneficios.

En el contexto de esta iniciativa se ha incorporado al sistema de salud a parteras tradicionales, promotores, mujeres líderes, responsables populares de salud, etc. Este personal de salud comunitario no solo realiza actividades de promoción y prevención, sino que también brinda tratamiento. Ellos pueden vacunar, distribuir anticonceptivos, atender partos de bajo riesgo, tratar casos de diarrea mediante la rehidratación oral, detectar el alto riesgo reproductivo y referir pacientes, prestar primeros auxilios en casos de emergencia, realizar actividades de información, educación y comunicación grupal, entre otras tareas.

El personal de salud comunitario necesita capacitación y guías sumamente sencillas que lo ayuden a tomar decisiones, para cumplir adecuadamente con las funciones que se le encomienden.

El caso de las *parteras tradicionales* merece un comentario especial. Este es un personal que existe espontáneamente en algunas sociedades para la atención del parto, goza de gran prestigio en la comunidad y aprende este oficio a través de la práctica empírica.

En los últimos años, las intervenciones del sector salud para incorporar este personal a la red de servicios de salud han estado dirigidas fundamentalmente a complementar sus conocimientos y a articular sus actividades con las del personal institucional.

En Bolivia, país con una gran experiencia en participación comunitaria, se ha demostrado recientemente que las parteras tradicionales pueden vacunar con toxoide tetánico, hecho que hace abrigar esperanzas que también puedan realizar otras actividades de salud reproductiva. En la actualidad se está analizando su posible participación en el control prenatal y en la detección de factores de riesgo preconcepcionales y obstétricos para una referencia oportuna. Se necesitará investigaciones operativas para definir las actividades de salud reproductiva que podrán realizar en el futuro. Posiblemente, éstas variarán entre las regiones de Bolivia, pues las parteras tradicionales del altiplano, el valle y el llano poseen características diferentes.

El equipo para la atención del parto que se entrega a la partera se ha ido simplificando con el tiempo. El paquete actual, en Bolivia, incluye solamente un sobre estéril que contiene 2 gasas y 3 cordones para la ligadura del cordón umbilical, una hoja de afeitar para cortar el cordón umbilical y un cortauñas, un cepillo de mano y un jabón para la limpieza de la partera.

Recientemente se detectó que una organización no gubernamental estaba formando parteras tradicionales, lo cual es una aberración. No es política del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia formar parteras, sino complementar los conocimientos de las existentes. Las parteras tradicionales tienen ascendiente sobre la población, culturalmente son respetadas y adquieren prestigio a través de los años; por lo tanto, no se pueden formar parteras tradicionales.

En 1989, la encuesta Demografía y Salud de Bolivia encontró que el 39% de los partos eran atendidos por familiares, 5% por la misma parturienta, 44% **por el personal de salud** institucional: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería y solamente 12% por la partera tradicional (12) (Cuadro No. 27). Los resultados demostraron que trabajar solamente con parteras tradicionales a nivel comunitario, como se estaba haciendo, no era suficiente. Sobre la base de estos hallazgos, las autoridades nacionales decidieron iniciar una campaña de "parto limpio comunitario" dirigida a los familiares, quienes atienden el 39% del total de partos del país.

Esta estrategia consiste en informar y educar a las comunidades acerca de cómo atender un parto en el domicilio, enfatizando las condiciones higiénicas mínimas que se debe observar. Además, se proporciona un sencillo instrumento de autocuidado que permite a los familiares de la gestantes la detección de factores de riesgo para realizar una referencia oportuna, en el caso de presentarse complicaciones. Se ha confeccionado, asimismo, un paquete para la atención del parto limpio comunitario, el cual contiene lo siguiente: una gasa estéril, 3 cordones estériles para ligar el cordón umbilical y una hoja de afeitar para cortarlo. Los paquetes se distribuyen en la comunidad a través de una búsqueda activa de gestantes. Cuando se detecta una gestante se le brinda consejería y si tiene bajo riesgo se le entrega un paquete a los familiares con las indicaciones respectivas. Una campana de información, educación y comunicación por radio refuerza la acción. Aún no se ha evaluado el efecto de esta estrategia, pero aparentemente es una alternativa de solución inmediata para un problema de gran magnitud.

En el trabajo con *personal comunitario* es conveniente tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Cuando las coberturas de los servicios institucionales son bajas, es necesario que el modelo de atención adopte otras estrategias para extender rápidamente dicha cobertura. La participación de personal comunitario es una de ellas.
- El personal comunitario debe ser supervisado regularmente por el personal institucional. Estos deben informar periódicamente sus actividades al sistema de salud.
- El personal de salud institucional y el comunitario deben trabajar coordinadamente y en conjunto. Ambos constituyen el "equipo de salud".
- Cuando se crean redes de establecimientos con personal comunitario e institucional, como por ejemplo las casas comunitarias de parto y los hogares para gestantes de alto riesgo, estos deben ser considerados servicios institucionales pues su fin fundamental es el aumento de la cobertura del parto institucional.
- No obstante su importancia a corto y mediano plazo para la extensión de la cobertura, la participación de personal comunitario en el cuidado de la salud debe ser considerada siempre una alternativa transitoria. No se debe olvidar que el objetivo que se busca es la cobertura universal de la red de servicios de salud y una activa participación social.

2.2 Sugerencias para vencer la barrera económica

El costo de los servicios institucionales de salud se puede convertir en una limitante para el acceso de la población a los mismos. Lamentablemente, cada vez resulta más difícil para los países en vías de desarrollo mantener la prestación de servicios gratuitamente. En su mayoría los pacientes pagan por la consulta, los medicamentos o los análisis de laboratorio, muchas veces en forma no oficial.

Cada país debe establecer políticas de acuerdo a su realidad de salud y recursos, con el fin de que el problema económico no sea una barrera para el acceso de la población a los servicios de salud reproductiva. Por lo tanto, no existe una "receta" única para resolver este problema. Sin embargo, es conveniente que se propongan alternativas de solución para enfrentar este problema y no postergar el debate al respecto.

Cualquier política que se establezca debe garantizar que los indigentes tengan acceso a los servicios de salud.

2.3 Derecho a la información y la educación

Para que la población tenga acceso real a los servicios de salud, debe estar adecuadamente informada acerca de los servicios de salud reproductiva que se ofertan, la importancia de los mismos y donde se encuentran éstos ubicados. La importancia de la información, educación y comunicación social para el desarrollo de la salud reproductiva fue descrita en la sección V.4.

Mientras mayor sea el acceso de una población a la información y a la educación, también será mayor su acceso a los servicios de salud (Cuadro No. 28).

3. Aceptabilidad de los servicios de salud reproductiva

Una de las principales barreras que impide el acceso de la población a los servicios de salud es la falta de respeto a las costumbres y tradiciones de la población por parte del personal de salud.

En la meseta del Collao, la región altiplánica en la frontera de Bolivia y Perú, las mujeres dan a luz en cuclillas, la madre o el esposo están presentes y ayudan durante el parto, cortan el cordón con una piedra no estéril y suelen enterrar la placenta como un tributo a la tierra para proteger a la madre y el niño.

En la actualidad existe consenso que el parto en cuclillas es más fisiológico que el parto en posición ginecológica, inclusive no es necesario realizar una episiotomía en primíparas.

Asimismo, se acepta que es recomendable que el esposo ayude y brinde apoyo afectivo a la mujer durante el trabajo de parto. Sin embargo, por años el personal de salud ha obligado a las gestantes del altiplano a tener sus hijos en una posición no fisiológica que era cómoda solamente para el médico y no ha permitido que el esposo o la madre estén presentes en el escenario del parto. Estas actitudes han contribuido al alejamiento de las gestantes de los servicios de salud.

El enterrar la placenta no tiene ninguna significancia para la medicina occidental, pero si mucha importancia para la cultura de la comunidad; sin embargo, el personal de salud tampoco ha respetado esta tradición.

El cortar el cordón con una piedra, en es una de las principales causas de infección y muerte del recién nacido. En líneas generales, el personal de salud debe respetar en lo posible las costumbres y tradiciones de la población. En este sentido, es conveniente actuar de la siguiente manera:

- a) Favorecer las prácticas y costumbres de la población que benefician la salud (por ejemplo fomentar el parto en cuclillas).
- b) Respetar aquellas costumbres que son intrascendentes para la medicina occidental, pero muy importantes para población (por ejemplo, entregar la placenta a los familiares para que la entierren).
- c) Sólo intervenir para modificar aquellas costumbres que son dañinas, en base a información y educación (por ejemplo, enseñar a la población a cortar el cordón umbilical con ua hoja de afeitar nueva).

4. Contacto y utilización de los servicios de salud reproductiva

4.1 Evitación de las "oportunidades perdidas"

En muchos países con baja cobertura de servicios institucionales, los escasos establecimientos de salud no trabajan al 100% de sus posibilidades.

En la actualidad se reconoce que muchas mujeres y hombres entran en contacto con los establecimientos de salud en repetidas ocasiones y que el personal de salud no aprovecha esas oportunidades para ofertarle una *atención integral de salud*. Esta situación se conoce como "oportunidades perdidas".

Las mujeres, por ejemplo, acuden a los establecimientos de salud cuando llevan a sus hijos por un episodio diarreico o a vacunarlos, acompañando a un familiar o a una amiga, por un "cólico" u otra patología, etc. Sin embargo, la actitud del personal de salud ha sido generalmente muy pasiva, es decir, solo se ha limitado a responder a la causa básica del contacto. Esta actitud "pierde la oportunidad" de prestarle otros servicios, principalmente en el campo de la promoción de la salud reproductiva y en la prevención.

La actitud del personal debe cambiar y ser más activa. Se debe aprovechar la oportunidad para informar y aconsejar a estas mujeres, sean gestantes o no gestantes, una serie de medidas de promoción y prevención de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos, como por ejemplo: un examen de Papanicolaou periódico, vacunación contra el tétanos, información y oferta de métodos anticonceptivos para planificar su familia, etc.

La idea es no dejar pasar la oportunidad de brindar una atención integral de salud a las mujeres y hombres en edad reproductiva, con la finalidad de contribuir a aumentar la cobertura de los servicios de salud y a mejorar la eficiencia y eficacia de los mismos.

4.2 Desarrollo de un sistema de clasificación, referencia y contrarreferencia basado en riesgo reproductivo

El desarrollo de un sistema de clasificación, referencia y contrarreferencia, basado en riesgo reproductivo favorece una mejor utilización de la red de servicios de salud. Las pacientes con alto riesgo deben ser atendidas en los niveles de mayor complejidad y las de bajo riesgo en los de menor complejidad. De esta forma cada grupo recibirá una atención de buena calidad en el nivel de complejidad que el caso requiera.

No es justificable atender personas con bajo riesgo reproductivo en niveles de alta complejidad, pues esto significa mal uso de los recursos, y congestión innecesario de los servicios.

Por otro lado, un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia favorece el trabajo en equipo del personal de salud comunitario y el institucional, contribuyendo a la articulación de la participación comunitaria a la red de servicios de salud.

5. Eficacia y eficiencia de los servicios de salud reproductiva

5.1 Mejoramiento de la calidad de la atención

En líneas generales el sector salud no ha prestado la debida importancia al tema de la calidad de atención; sin embargo, para los pacientes es un aspecto fundamental. En esta sección se enfoca el tema de calidad de atención desde el punto de vista de los pacientes.

5.1.1 Información y consejería

Es importante que el personal de salud informe y brinde consejería a los pacientes que acuden a los establecimientos de salud, acerca de los servicios de salud reproductiva que se brindan; las características, beneficios e importancia de los mismos (3). La información debe incluir aspectos de promoción y prevención, del sistema de referencia que garantiza el acceso a niveles más complejos si fuera necesario, de los insumos y medicamentos existentes en el establecimiento y del apoyo que pueden esperar recibir del personal de salud.

La consejería significa algo más que meramente informar. Es aconsejar, asesorar y ayudar al paciente a tomar decisiones (24).

5.1.2 Relaciones interpersonales

Es conveniente que entre el paciente y el proveedor del servicio de salud se establezca una buena relación, la cual debe estar basada en la confianza y la comunicación. Del trato amigable que se brinde al paciente depende en gran medida su asistencia regular al establecimiento de salud (3).

En el campo de la salud reproductiva, el "rapport" que se establece entre el prestador del servicio y el paciente necesita ser excelente.

En general, la mujer necesita tener mucha confianza con el prestador del servicio para poder hablar sobre asuntos considerados culturalmente "muy íntimos". Por otro lado, la gestante necesita un mayor apoyo afectivo que otro tipo de paciente.

5.1.3 Tiempo de espera

Se refiere al tiempo que el paciente debe esperar desde que llega al establecimiento de salud hasta el momento en que es atendido. Mientras mayor sea el tiempo de espera, el paciente considerará al servicio como de mala calidad y probablemente no acuda nuevamente al establecimiento, excepto para emergencias.

5.1.4 Horario de atención

Es conveniente que los establecimientos de salud establezcan su horario de atención en coordinación con la población a la cual van a atender.

Se debe procurar el horario de atención más conveniente para la población a la cual servirán. Muchas veces la población no acude a los establecimientos de salud porque durante las horas de atención hombres y mujeres están trabajando en el campo; las mujeres están comprando en los mercados, dedicadas a las tareas del hogar y otras actividades.

5.1.5 Competencia técnica

Los proveedores de los servicios deben poseer adecuadas habilidades técnicas para el nivel de complejidad donde desempeñan sus funciones (ver la sección 1.1 en este capítulo).

5.1.6 Capacidad resolutive del establecimiento

Los establecimientos de salud deben garantizar a la población que tienen la capacidad de resolver sus problemas básicos de salud y, a través de un adecuado sistema de referencia, brindarles acceso a los niveles más complejos del sistema, si fuera necesario. Si el paciente no percibe esta situación, no acudirá regularmente al establecimiento de salud y cuando tenga problemas graves preferirá, si le es posible, acudir directamente a un establecimiento de mayor complejidad.

Por este motivo, no se debe escatimar esfuerzos para mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud. Entre las estrategias se encuentran las siguientes: ofertar servicios integrales y acordes con las necesidades de salud de la población; autorizar al personal auxiliar de enfermería a prestar servicios de salud reproductiva, y garantizar que la población tenga acceso rápidamente a servicios como cesáreas, transfusión sanguínea segura, análisis de laboratorio y técnicas diagnósticas como ecografía, ya sea en el mismo establecimiento o a través de un sistema de referencia eficiente.

5.1.7 Mecanismos para favorecer la continuidad de los pacientes en los servicios de salud

Algunos de estos mecanismos son los siguientes:

Sistema de citas

El hecho de otorgar citas para consultas futuras favorece la continuidad del paciente en el servicio de salud, pues se trata de un acto que lo compromete.

Busqueda activa a domicilio

Las visitas domiciliarias que realiza generalmente el personal comunitario de salud, en coordinación con el personal institucional, son un buen mecanismo para efectuar seguimiento a los pacientes que pierden contacto con el establecimiento de salud. Este mecanismo es útil especialmente en el caso de pacientes con alto riesgo (3).

5.2 Aplicación de normas y procedimientos

La existencia de normas y procedimientos en cada nivel de atención y su cumplimiento, es uno de los pilares fundamentales para mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud.

En el proceso normativo debe participar en forma activa el personal que presta servicios en los diferentes niveles.

Las normas y procedimientos deben facilitar la toma de decisiones para la referencia y contrarreferencia de pacientes y orientar al personal de salud a cumplir sus funciones evitando las "oportunidades perdidas", bajo el concepto de atención integral de salud. Por lo tanto, las normas no solo deben incluir aspectos curativos, sino enfatizar los aspectos de promoción y prevención.

En Bolivia, por ejemplo, las normas indican el siguiente manejo de la mujer que acude a los establecimientos de salud:

a) *Mujer no gestante:*

"A toda mujer no gestante, que entre en contacto con el establecimiento de salud por cualquier motivo, se le debe ofrecer los siguientes servicios:

- Detección y manejo del riesgo reproductivo preconcepcional.
- Información, educación y consejería en salud reproductiva.
- Vacunación con toxoide tetánico (5 dosis brindan inmunidad definitiva).
- Detección del cáncer femenino: examen de mamas y prueba de Papanicolaou.
- Planificación familiar: manejo de la infertilidad y regulación de la fecundidad a través de la tecnología anticonceptiva.
- Detección de enfermedades de transmisión sexual".

b) *Mujer gestante:*

"A toda mujer gestante, que entre en contacto con el establecimiento de salud por cualquier motivo, se le debe ofrecer los siguientes servicios:

- Consejería y control prenatal (primer control antes del tercer mes de gestación y un mínimo de cinco controles durante todo el embarazo).
- Detección y manejo del alto riesgo obstétrico y perinatal.
- Detección de enfermedades de transmisión sexual (VDRL).
- Detección del cáncer femenino: examen de mamas y prueba de Papanicolaou.
- Detección de enfermedades sistémicas.
- Consejería sobre paternidad responsable y planificación familiar durante el control prenatal.
- Consejería y oferta de métodos anticonceptivos durante el puerperio".

VII. ASPECTOS GERENCIALES EN EL DESARROLLO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

1. Propensión a los programas integrales

En los últimos años se ha planteado una discusión acerca si los programas deben ser "integrales" o "verticales".

Existen algunos programas de tipo vertical que se vienen desarrollando con éxito en términos de eficacia, es decir, en relación al cumplimiento de sus objetivos y metas. Entre éstos se encuentran los programas de inmunización, control de la enfermedad diarreica aguda y planificación familiar. A pesar del impacto logrado en algunos aspectos de la salud, esta estrategia ha ocasionado en la mayoría de casos un desequilibrio en detrimento de la atención prestada a las demás necesidades sanitarias de la mujer y el niño. Si bien las intervenciones selectivas de atención primaria de salud tienen impacto, cada vez son más los estudios que demuestran lo inviable de las mismas y su ineficiencia en relación al costo (15). Por otro lado, resulta imposible pensar llegar a una comunidad rural olvidada y sin servicios de salud con un programa vertical, por ejemplo, de planificación familiar. Esa comunidad necesitará otros servicios de igual importancia, como control de la enfermedad diarreica, inmunizaciones, control de la infección respiratoria aguda, etc., además de la planificación familiar. Asimismo, la tendencia a crear un programa para cada problema que se presente sólo contribuye a complicar aún más el panorama. Por estos motivos, en la actualidad existe una propensión a los programas integrales con la finalidad de mejorar la eficiencia, potenciar los recursos, no duplicar esfuerzos, brindar una atención más acorde a las necesidades de salud de las poblaciones y mejorar la calidad de atención.

En 1987, Simmons y Phillips compararon los resultados de programas verticales (aquellos que ofrecían sólo anticonceptivos y esterilización) con los integrales (aquellos en los que la planificación familiar era un componente del programa materno-infantil), en términos de eficacia. Ellos concluyeron que ambos programas podían ser eficaces y que el éxito de los mismos en el cumplimiento de los objetivos obedece más a otros factores que al hecho de ser verticales o integrales (3).

En Bolivia, por ejemplo, en el área maternoinfantil se han creado solo 3 programas de atención integral donde se agrupan diversos componentes, los cuales trabajan en estrecha coordinación:

- **Programa de atención integral a la mujer gestante y no gestante**

Los componentes son: atención del embarazo, parto y puerperio; planificación familiar; prevención, detección y manejo del cáncer femenino (mama y útero); prevención, detección y manejo de enfermedades de transmisión sexual; nutrición; y lactancia materna.

- **Programa de atención integral al niño menor de 5 años**

Los componentes son: crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, control de la enfermedad diarreica aguda, control de la infección respiratoria aguda y nutrición.

- **Programa de atención integral al escolar (5-9 años) y al adolescente (10-19 años)**

Los componentes son: crecimiento y desarrollo, educación para la sexualidad y vida en familia, y nutrición, entre otros.

Lógicamente, cada país establecerá sus programas según las necesidades de salud de su población, los recursos existentes, el modelo de atención establecido y las políticas vigentes. Por este motivo, lo que se propone es una integración funcional, donde el reto consiste en "horizontalizar" los programas verticales existentes, sin que pierdan su identidad y eficacia, con la finalidad de potenciar los recursos y mejorar la eficiencia.

Por ejemplo, la mayoría de actividades de capacitación, evaluación, supervisión, logística, etc., pueden hacerse en forma conjunta. Esto permitiría un ahorro de recursos y tiempo, que se podrían usar en otras actividades prioritarias. La mayoría de veces lo que sucede es que un programa llega a los niveles operativos y capacita al personal en el manejo de la diarrea, después viene otro y lo capacita en infección respiratoria aguda, luego otro que lo capacita en planificación familiar, etc. Se trata del mismo personal que es capacitado varias veces en un trabajo realmente anárquico. Lo lógico sería elaborar un programa de capacitación en servicio que incluya, por lo menos, todos los contenidos del área maternoinfantil. Esto no quiere decir que a veces se necesite fortalecer un determinado componente y se tenga que realizar una actividad especial con este fin. Lo que se propone es simplemente más organización y coordinación en las actividades que se ejecuten, para mejorar la calidad de atención y la eficiencia de los servicios de salud.

2. El papel de los programas en el desarrollo de los servicios de salud

En muchos países, los programas se han visto en la necesidad de crear su propia estructura administrativa, contratar su propio personal, manejar verticalmente su presupuesto, crear su propio sistema de información, logística, vigilancia, supervisión y evaluación, tener transporte propio, etc., con la finalidad de lograr el cumplimiento de sus objetivos. Esta situación se ha originado principalmente por la debilidad de los sistemas de salud en estos aspectos.

Aunque esta forma de trabajo se puede justificar en cierta medida, el crear mecanismos paralelos, los cuales generalmente son transitorios, no permite fortalecer la infraestructura propia de los servicios de salud. Esta forma de trabajo, a largo plazo, debilita aún más a los sistemas de salud en lugar de contribuir a su fortalecimiento.

Los programas pueden y deben contribuir al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, porque su fortalecimiento garantizará en el futuro la continuidad de los servicios que los mismos programas promueven. Por este motivo, es conveniente que los programas y la infraestructura trabajen conjuntamente para fortalecer la red de servicios de salud, en el marco del modelo de atención establecido.

3. Promoción de los programas dirigidos a la mujer con igual énfasis que los dirigidos al niño

En los últimos años, en el área materno-infantil se ha apoyado mucho más a los programas y proyectos dirigidos al niño. Los programas dirigidos a la madre y la mujer han sido postergados; sin embargo, es imposible hablar de salud del recién nacido y salud del niño, si la madre no tiene salud. Por otro lado, es necesario un enfoque que considere a la mujer en forma integral y no sólo cuando está gestando o es madre.

Por este motivo, es necesario que los programas dirigidos a la mujer gestante y no gestante se promuevan en igual forma que los del niño, en perfecto equilibrio, con la finalidad de lograr un verdadero impacto no solo en la salud de la mujer sino en la del niño y la familia en general.

La muerte materna tiene repercusiones más allá de la pérdida de una vida joven. Implica orfandad, muchas veces abandono de niños y disolución de la familia; aparte de las repercusiones económicas por la participación cada vez más activa que desempeñan las mujeres en esta actividad y en el desarrollo del país en general.

4. Priorización de las poblaciones más vulnerables

Numerosos estudios indican que las siguientes poblaciones son más vulnerables a sufrir un daño en su salud reproductiva:

4.1 Población rural

Actualmente, la mayor parte de la población del mundo aún vive en el área rural. En los países en vías de desarrollo, la población rural corresponde a la mitad de la población total o más.

Las encuestas de fecundidad indican que las tasas globales de fecundidad son más altas en las zonas rurales. Por lo tanto, se producen más nacimientos en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Por este motivo, es importante que los servicios de salud reproductiva se brinden con especial énfasis en estas zonas. De esta forma, el impacto de los mismos será mayor.

4.2 Población urbano-marginal

En los países en vías de desarrollo, se está produciendo una intensa migración del campo a la ciudad por problemas políticos, económicos y sociales. Los inmigrantes se establecen en "villas miserias", "fabelas" o "pueblos jóvenes" los cuales rodean principalmente a las grandes ciudades.

Esta población es de alto riesgo por tratarse de familias campesinas que inmigraron a la ciudad en busca de trabajo el cual no consiguen, a veces no hablan castellano, son analfabetos o tienen un bajo nivel de educación y viven en condiciones de pobreza. Además, la red de servicios institucionales no ha podido crecer al ritmo de la migración, lo que ha ocasionado un desequilibrio entre la demanda y la oferta de servicios de salud.

Esta población, por el hecho de haber sido rural, conserva su alta tasa de fecundidad y sus costumbres, las cuales son muchas veces una barrera que imposibilita su acceso a los servicios institucionales de salud.

Por estos motivos, es conveniente enfatizar los servicios de salud reproductiva en la población urbano marginal de las grandes ciudades con la finalidad de conseguir un mayor impacto.

4.3 Mujeres con baja educación

La baja educación de las mujeres es un factor de riesgo reproductivo muy importante.

La Encuesta Demografía y Salud de Bolivia, realizada en 1989, demostró que las mujeres con mayor grado de instrucción son atendidas en su parto por médicos, mientras aquellas sin instrucción generalmente no reciben ninguna atención durante el mismo (12) (Cuadro No. 28).

Las encuestas mundiales de fecundidad encontraron que menos de la mitad de las mujeres sin educación sabían dónde conseguir anticonceptivos. Sin embargo, por lo menos 70% de las que tenían 7 años o más de escolaridad sabían dónde encontrarlos (25).

Por estas razones, es conveniente dedicar más esfuerzo a mejorar la salud reproductiva de las mujeres con baja educación.

Las campañas de información, educación y comunicación son un medio útil para orientar a la población dónde acudir para recibir servicios de salud reproductiva.

5. Evaluación de los servicios

Es conveniente que se desarrolle un sistema único de evaluación permanente a los servicios de salud, el cual incluya los aspectos de salud reproductiva. La evaluación debe estar encaminada a medir en el tiempo la eficacia de los servicios de salud (cumplimiento de los objetivos y metas establecidos) y la eficiencia de los mismos (costo-beneficio). Con este fin se deben definir indicadores de salud, de cobertura y de calidad de atención, sumamente claros para permitir su medición progresiva en un tiempo determinado.

Es conveniente que el sistema de evaluación incluya los siguientes subsistemas: supervisión, vigilancia o "monitoreo", investigación operativa, encuestas a los usuarios y auditoría.

La *supervisión* debe ser considerada básicamente una actividad de adiestramiento y capacitación en el lugar de trabajo del supervisado, destinada a mejorar la aplicación de técnicas según las normas y procedimientos establecidos. La supervisión implica una relación directa persona a persona, en la que una con mayor grado de conocimientos y perteneciente a un nivel superior (supervisor) observa, asesora y corrige las actividades desempeñadas por los prestadores del servicio (supervisados). Para facilitar y uniformar esta labor es conveniente que se elaboren guías de supervisión.

La *vigilancia o "monitoreo"* es la evaluación continua de los progresos que se están realizando en comparación con los planes de trabajo establecidos.

Es efectuada por los prestadores del servicio y debe estar restringida a aquellos aspectos que permitan la toma de decisiones. Brinda información sistemática acerca de la ejecución y calidad de las actividades, pero no así del impacto.

La *auditoría* intenta determinar si las transacciones financieras efectuadas por el establecimiento de salud cumplen con todas las normas y reglamentos establecidos. Incluye revisiones de la efectividad del control interno; se puede ocupar de la fiabilidad de los datos; el cumplimiento de las políticas y procedimientos y la salvaguarda de los activos.

Es conveniente que también se considere a las *investigaciones operativas* como parte del sistema de evaluación de los servicios de salud. Estas investigaciones contribuyen a encontrar soluciones prácticas y concretas a problemas específicos que afectan la prestación de servicios. A través de ellas se puede comparar distintas formas de prestación de servicios en términos de impacto, aceptabilidad por parte de la población y costo-efectividad. Se busca así alternativas viables a métodos de trabajo inoperantes.

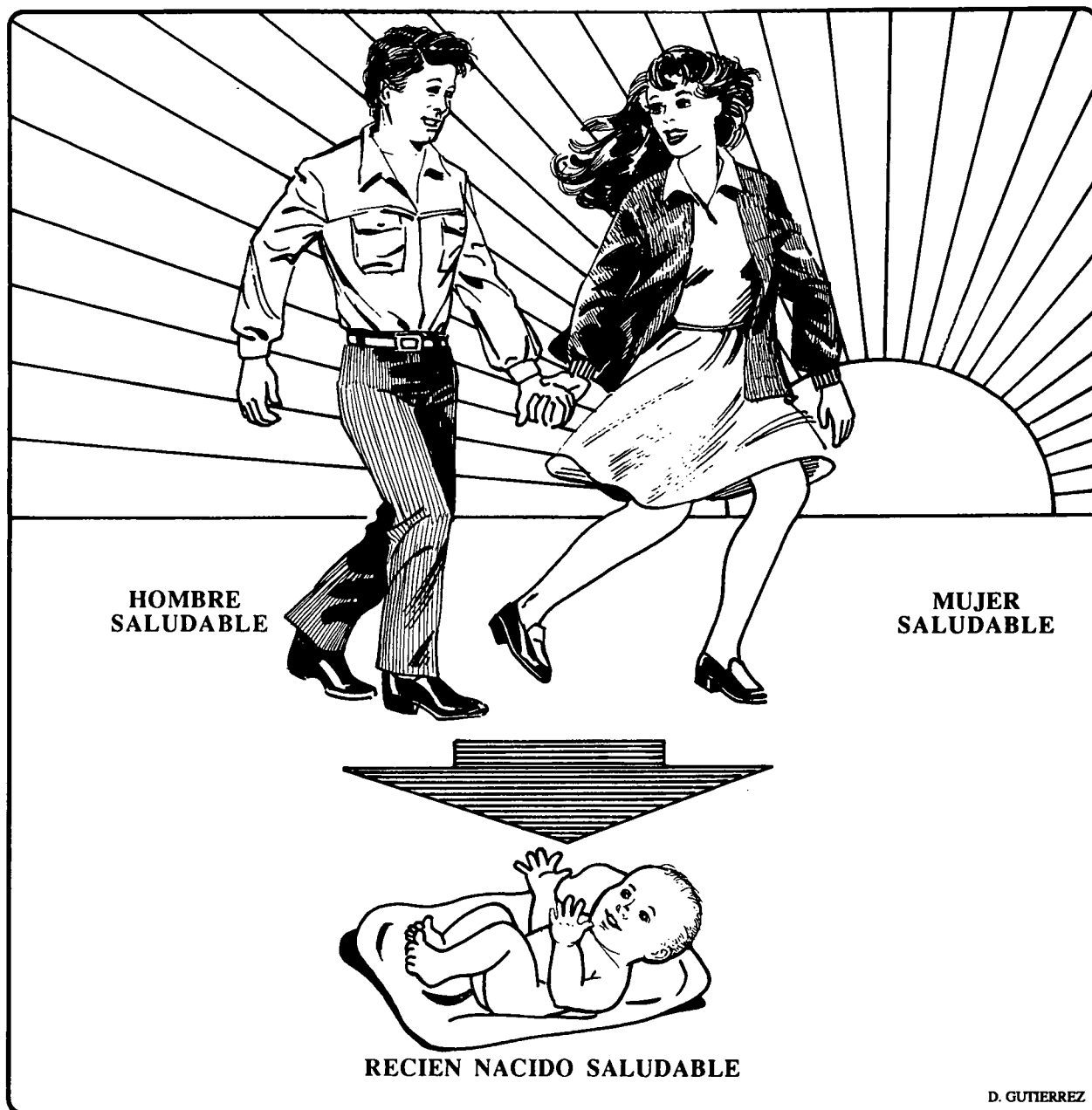
Todo sistema de evaluación de servicios debe incluir *encuestas* a los pacientes, a través de las cuales se pueda evaluar el grado de satisfacción de la población por los servicios recibidos. De esta forma se puede evaluar la calidad de la atención que está brindando el personal de salud, un aspecto que generalmente es descuidado.

El *sistema de evaluación* proporciona información permanente y útil, la cual permite una adecuada toma de decisiones tanto a nivel de los establecimientos de salud como a nivel distrital, regional y central, con la finalidad de enmendar rumbos en procura de una prestación de servicios de salud más eficiente, eficaz y equitativa.

VIII. CUADROS Y ESQUEMAS

- Cuadro 1: Padres saludables = hijos saludables
- Cuadro 2: Salud reproductiva
- Cuadro 3: Salud reproductiva: relación con la salud del niño escolar, adolescente y factores condicionantes
- Cuadro 4: Enfoque de riesgo
- Cuadro 5: Riesgo reproductivo
- Cuadro 6: Factores de riesgo reproductivo preconcepcional
- Cuadro 7: Factores de riesgo reproductivo obstétrico
- Cuadro 8: Diferencias entre los conceptos de riesgo preconcepcional y riesgo obstétrico
- Cuadro 9: Variables que influyen en el riesgo de enfermedad o muerte por aborto provocado
- Cuadro 10: Ventajas de la planificación familiar sobre el aborto provocado ilegal
- Cuadro 11: Diferencias entre los conceptos de planificación familiar y control de la natalidad
- Cuadro 12: Definiciones referentes a los periodos gestacional e infantil
- Cuadro 13: Factores de riesgo perinatal
- Cuadro 14: Clasificación según riesgo reproductivo
- Cuadro 15: Ficha salud reproductiva - Ministerio de Salud del Perú
- Cuadro 16: Historia clínica perinatal
- Cuadro 17: Hoja clínica para la mujer no gestante
- Cuadro 18: Carnet para la mujer no gestante
- Cuadro 19: Promoción de la salud reproductiva
- Cuadro 20: Acciones dirigidas a la mujer en edad reproductiva no gestante
- Cuadro 21: Acciones dirigidas a la mujer gestante: prenatal
- Cuadro 22: Acciones dirigidas a la mujer gestante: parto y puerperio
- Cuadro 23: Acciones dirigidas al recién nacido
- Cuadro 24: Acciones dirigidas al hombre
- Cuadro 25: Cobertura de los servicios de salud reproductiva
- Cuadro 26: La distribución de anticonceptivos por el personal no médico puede ampliar la cobertura de los servicios
- Cuadro 27: Atención del parto en Bolivia
- Cuadro 28: Atención del parto por médicos y parientes en el nivel de instrucción de las gestantes en Bolivia, ENDSA, 1989

CUADRO 1

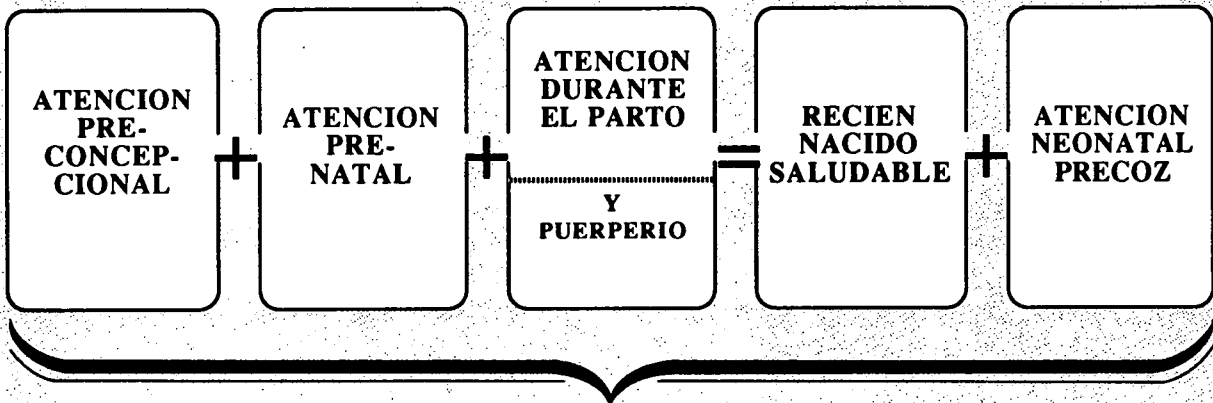


Cuando dos individuos saludables se unen, generalmente procrean hijos saludables. Por este motivo, la salud reproductiva podría resumirse en una frase:

"PADRES SALUDABLES = HIJOS SALUDABLES"

Las intervenciones de salud reproductiva, por lo tanto, deben dirigirse no sólo a la madre y al recién nacido, sino también al padre.

CUADRO 2



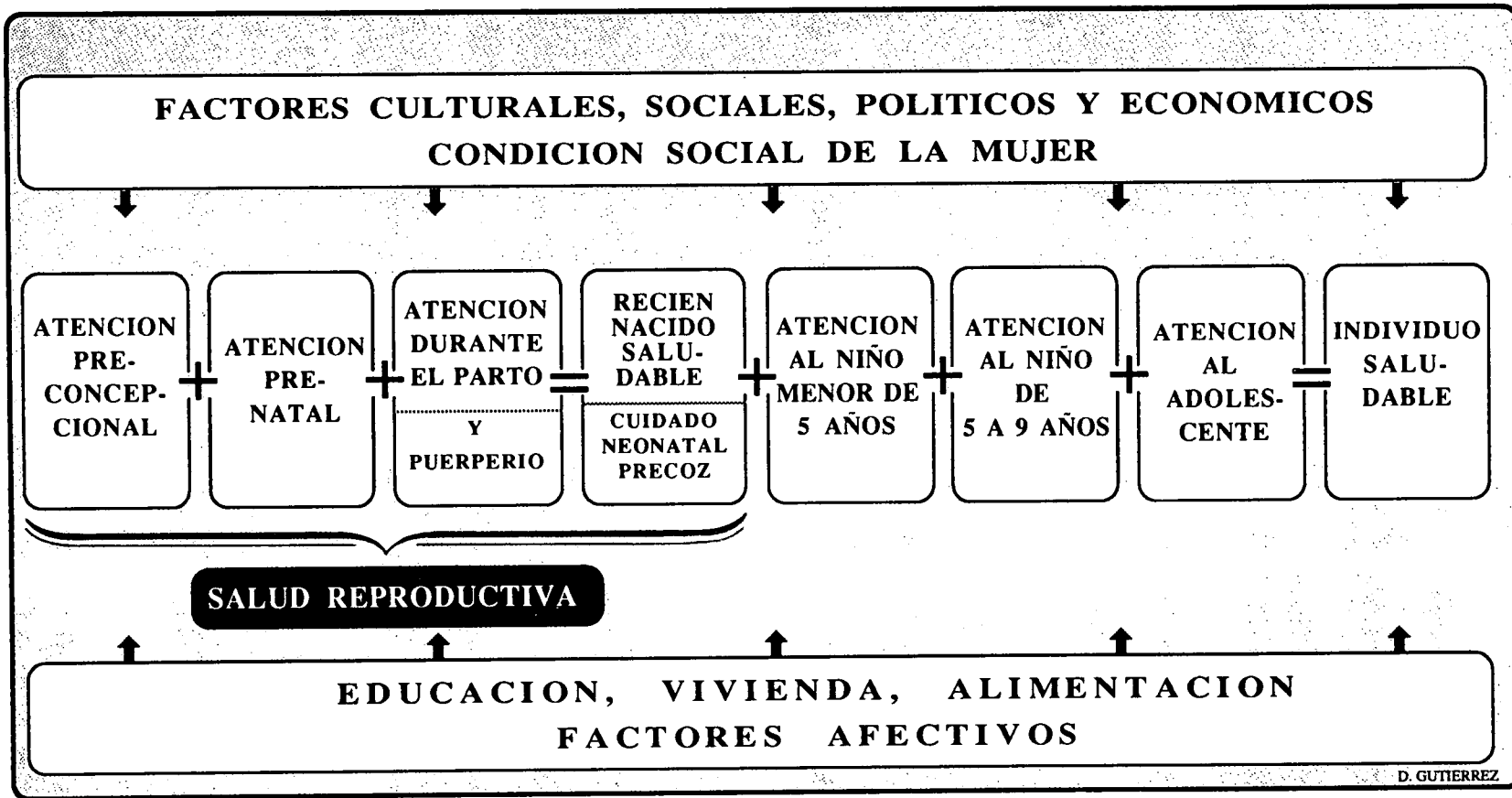
SALUD REPRODUCTIVA

D. GUTIERREZ

La mujer debe recibir atención no sólo durante el periodo prenatal y el parto, sino también durante el periodo preconcepcional. Esto con el fin de brindarle una atención integral de salud y realizar una labor realmente preventiva.

El RECIEN NACIDO debe recibir atención inmediatamente después de su nacimiento y durante los primeros siete días de vida (periodo neonatal precoz).

Por lo tanto, el concepto de SALUD REPRODUCTIVA comprende la ATENCION PRECONCEPCIONAL (donde los cuidados deben estar dirigidos tanto a la futura madre como al futuro padre); la ATENCION PRENATAL; la ATENCION DEL PARTO; la ATENCION DURANTE EL PUERPERIO; la ATENCION DEL RECIEN NACIDO; y la ATENCION NEONATAL PRECOZ.

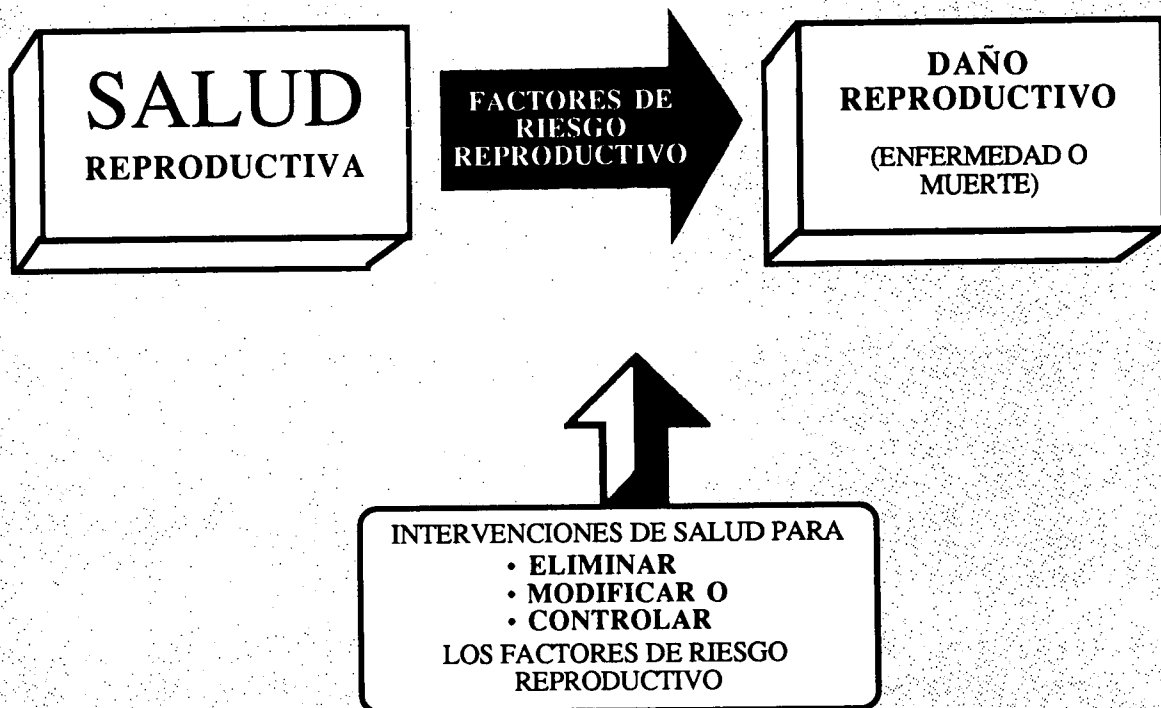


CUADRO 3

La SALUD REPRODUCTIVA está íntimamente relacionada a la salud del NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, del NIÑO DE 5 A 9 AÑOS y del ADOLESCENTE (10 A 19 AÑOS), pues todas ellas contribuyen a la obtención de un INDIVIDUO SALUDABLE, el cual unido a otro con la misma característica, reiniciará el ciclo reproductivo en las mejores condiciones.

Sin embargo, no debemos olvidar que el proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo SOCIAL, CULTURAL, POLITICO y ECONOMICO; por la CONDICION SOCIAL DE LA MUJER; por acciones dependientes de otros sectores como EDUCACION, VIVIENDA y ALIMENTACION; y por factores AFECTIVOS.

CUADRO 4



D. GUTIERREZ

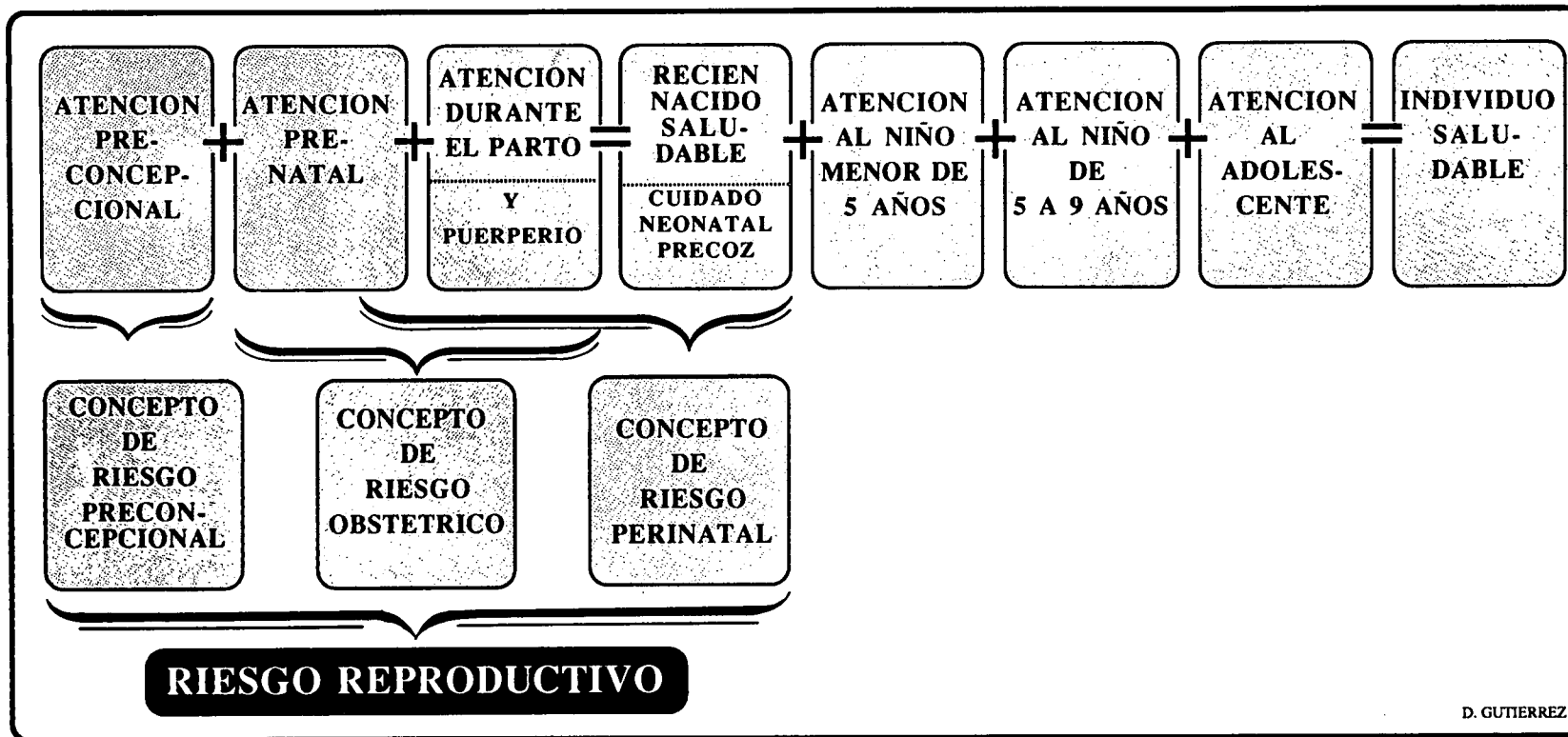
SALUD REPRODUCTIVA es el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.

DAÑO REPRODUCTIVO es el resultado temporal o definitivo no deseado.

RIESGO REPRODUCTIVO es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

Los **FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO** son características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas, asociadas a una probabilidad incrementada de experimentar un daño durante el proceso de reproducción.

Los **FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO** son observables o identificables antes de producirse el daño que predicen. Esta situación permite acciones de salud para eliminarlos, modificarlos o por lo menos controlarlos, con el fin de prevenir la enfermedad o muerte.



CUADRO 5

El enfoque de RIESGO REPRODUCTIVO unifica tres conceptos de riesgo, ofreciendo un panorama más coherente e integrador.

RIESGO PRECONCEPCIONAL + RIESGO OBSTETRICO + RIESGO PERINATAL = RIESGO REPRODUCTIVO

EL concepto de RIESGO PRECONCEPCIONAL permite la detección de factores de riesgo antes de la gestación, posibilitando un manejo realmente preventivo en el proceso de reproducción humana.

El concepto de RIESGO OBSTETRICO permite la detección de factores de riesgo en la mujer embarazada, es decir, durante el periodo prenatal y el parto. Es un concepto muy utilizado y difundido entre ginecólogo - obstetras.

El concepto de RIESGO PERINATAL permite la detección de factores de riesgo desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato (periodo neonatal precoz). Es un concepto más evolucionado que el riesgo obstétrico pues considera no sólo a la madre y el feto, sino al recién nacido hasta los 7 días de vida (periodo neonatal precoz). Además, es un concepto que relaciona a dos especialidades médicas: la obstetricia y la neonatología, las cuales deben trabajar coordinadamente.

CUADRO 6

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

EDAD

Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35 años.

PARIDAD

El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la quinta.

INTERVALO INTERGENESICO

El riesgo es mayor cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de dos años.

ANTECEDENTES DE MALA HISTORIA OBSTETRICA

El riesgo es mayor cuando la mujer ha tenido previamente abortos, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas, toxemia, etc.

D. GUTIERREZ

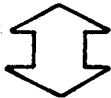
Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son muchos, sin embargo, cuatro de ellos son reconocidos internacionalmente: edad, paridad, intervalo intergenésico y antecedentes de mala historia obstétrica (ver cuadro superior). Estos factores son universales, es decir que persisten independientemente de la situación política, social, cultural y económica.

Existen otros factores de riesgo que catalogan a la mujer como alto riesgo preconcepcional cuando uno o más de ellos están presentes. Estos factores son los siguientes: insuficiencia cardíaca, hipertensión crónica, psicosis, enfermedad neurológica incapacitante, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia pulmonar (tuberculosis avanzada), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas (DOWN y otras), baja estatura de la mujer (menor de 140 cms.), dos o más cesáreas, siete o más embarazos y otras.

CUADRO 7

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO OBSTETRICO

MUJER
NO GESTANTE



PRESENCIA
DE FACTORES
DE RIESGO
PRECONCEPCIONAL

MUJER
GESTANTE



PRESENCIA
DE FACTORES
DE RIESGO
OBSTETRICO

CONCEPCION

CONCEPCION

D. GUTIERREZ

El concepto de RIESGO OBSTETRICO se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto.

Los factores de riesgo obstétrico son prácticamente los mismos que fueron descritos en la etapa preconcepcional, con la diferencia que si no fueron eliminados, modificados o controlados en esa etapa, aquí el riesgo aumenta por la misma gestación. Por este motivo, es conveniente actuar no sólo en el prenatal y el parto, sino también en la etapa preconcepcional.

CUADRO 8

DIFERENCIAS ENTRE LOS CONCEPTOS DE RIESGO PRECONCEPCIONAL Y RIESGO OBSTETRICO

| RIESGO PRECONCEPCIONAL | RIESGO OBSTETRICO |
|--|---|
| ↓ | ↓ |
| Se aplica a mujeres en edad fértil durante los periodos no gestacionales | Se aplica a mujeres gestantes. |
| Permite detectar a las mujeres en edad fértil con alto riesgo antes de la gestación. | Permite detectar a las embarazadas con alto riesgo. |
| Tiene utilidad epidemiológica y clínica. | Básicamente tiene utilidad clínica. |
| Potencialmente evita la morbilidad materno-infantil al prevenir un embarazo | Permite disminuir pero no evita la morbilidad |
| Es un instrumento de PREVENCION PRIMARIA. | Es un instrumento de PREVENCION SECUNDARIA. |

D. GUTIERREZ

La aplicación del enfoque de riesgo reproductivo preconcepcional es importante porque significa realizar prevención primaria, la cual potencialmente evita la morbilidad materno - infantil al prevenir un embarazo de alto riesgo. Su utilidad es tanto clínica como epidemiológica. Sin embargo, este concepto es poco conocido y por lo tanto su uso es muchas veces limitado. De allí la necesidad de difundirlo e incluirlo en la prestación de servicios de salud reproductiva, como uno de los principales instrumentos para prevenir la muerte materna.

El enfoque de riesgo reproductivo obstétrico, en cambio, es usado desde hace muchos años por los ginecólogo-obstetras y tiene amplia aceptación y difusión a nivel mundial. Su utilización permite disminuir pero no evita la morbilidad materno - infantil, pues es un instrumento de prevención secundaria.

Estos conceptos, junto al de riesgo perinatal, son complementarios y deben ser usados en conjunto, bajo el enfoque de RIESGO REPRODUCTIVO.

CUADRO 9

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE ENFERMEDAD O MUERTE POR ABORTO PROVOCADO

- Competencia técnica de quien realiza el aborto
- El método utilizado
- Las condiciones higiénicas en que se realiza el procedimiento
- La etapa del embarazo en que se practica la operación
- La edad y el estado general de la mujer embarazada
- La disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención médica en caso que surjan complicaciones

**ABORTO
PROVOCADO
ILEGAL**

=

**UN GRAN
PROBLEMA DE
SALUD PUBLICA**

**PLANIFICACION
FAMILIAR**

=

**CONTRIBUYE
A EVITAR EL
ABORTO PROVOCADO**

D. GUTIERREZ

Las probabilidades que una mujer enferme o muera durante un aborto provocado dependen de las variables que se presentan en el cuadro superior.

Las complicaciones del aborto provocado ilegal dependen directamente de la condición social y económica de la mujer y su familia. Aquellas con buena situación económica tendrán acceso a ser atendidas por un cirujano especializado y en condiciones higiénicas. Las pobres, en cambio, se verán forzadas a acudir a un empírico incompetente y correrán un riesgo de defunción quizá de 100 a 500 veces mayor que las anteriormente mencionadas (26).

El aborto practicado en malas condiciones de asepsia, por personal inexperto y en etapas avanzadas del embarazo, es un problema grave de salud pública. Las principales complicaciones en estos casos son las infecciones pélvicas y las hemorragias. También las perforaciones uterinas con daño en los intestinos y vejiga. Si estas complicaciones no producen la muerte de la mujer, producirán morbilidad y secuelas.

La planificación familiar es un instrumento útil para prevenir el aborto provocado legal e ilegal, al evitar un embarazo no deseado.

CUADRO 10

VENTAJAS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR SOBRE EL ABORTO PROVOCADO ILEGAL

| PLANIFICACION FAMILIAR | ABORTO PROVOCADO ILEGAL |
|--|--|
| ↓ | ↓ |
| Evita el embarazo no deseado | Evita el nacimiento de un niño. |
| El riesgo para la mujer es mínimo. | El riesgo para la mujer es alto. |
| Los métodos utilizados tienen respaldo científico. | Es método clandestino y peligroso. |
| Produce bienestar. | Produce daño físico, psíquico y social |
| Une a la familia. | Repercute negativamente en la familia |
| El costo es bajo. | El costo es alto. |
| No ocupa camas hospitalarias. | Alta ocupación de camas hospitalarias. |
| Contribuye a evitar la muerte materna. | Es una de las principales causas de muerte materna |
| Es el ejercicio de un derecho humano | Es la respuesta a la falta de opciones tanto de salud, como económicas y sociales. |

D. GUTIERREZ

Las ventajas de la planificación familiar sobre el aborto provocado ilegal son incuestionables. Estas se describen en el cuadro superior.

El aborto no sólo produce traumas físicos y psíquicos a las mujeres, sino un excesivo gasto a los servicios de salud. En América Latina, aproximadamente entre el 10% y el 30% de las camas de los servicios de ginecología y obstetricia están ocupadas por mujeres con diagnóstico de aborto incompleto (18).

La planificación familiar es el ejercicio de un derecho humano, mientras que el aborto provocado es la respuesta a la falta de opciones de salud, económicas y sociales.

CUADRO 11

DIFERENCIAS ENTRE LOS CONCEPTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y CONTROL DE LA NATALIDAD

| PLANIFICACION FAMILIAR | CONTROL DE NATALIDAD |
|--|---|
| ↓ | ↓ |
| Es un instrumento de salud. | Es un instrumento demográfico. |
| Su objetivo es que la madre y los hijos sean saludables. | Su objetivo es aumentar o reducir los nacimientos |
| Requiere de información, educación y servicios de salud. | Se ejecuta indiscriminadamente. |
| Es una decisión individual o de pareja. | Generalmente es la decisión de un gobierno. |
| Es libre y consciente. | Es impuesta. |
| Es el ejercicio de un derecho humano. | Es una medida coercitiva. |

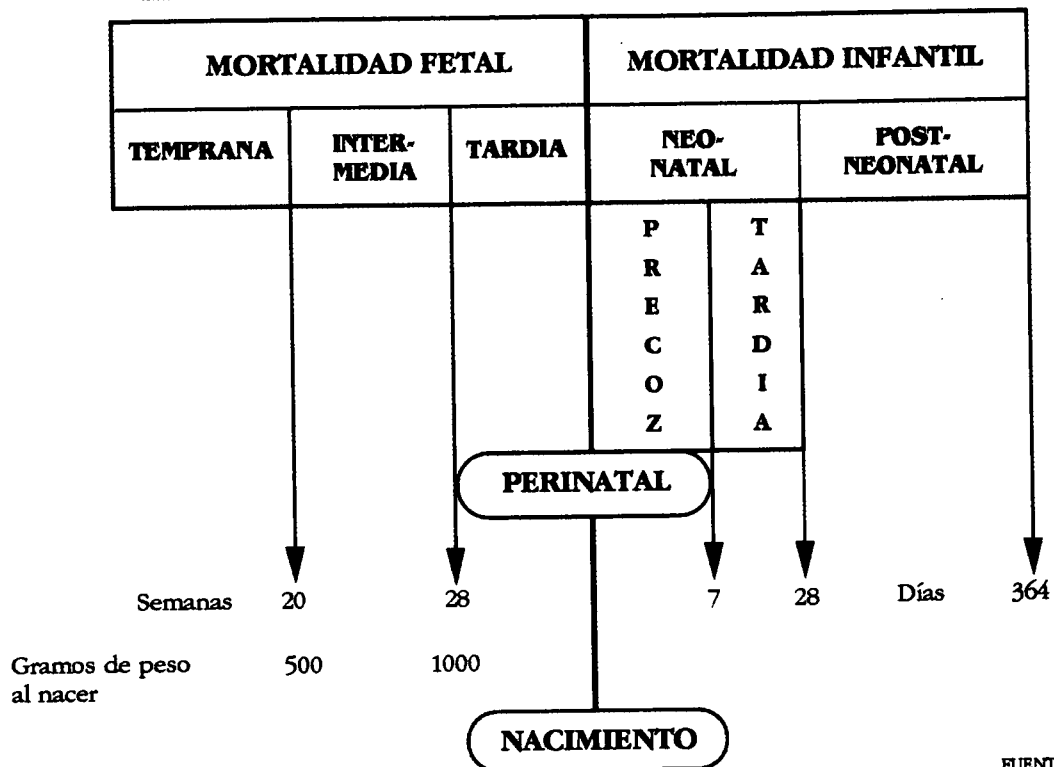
D. GUTIERREZ

La Planificación Familiar se define como "la decisión consciente y voluntaria del individuo o la pareja para determinar el número de hijos que se desea y el espaciamiento entre ellos". Para que la definición se cumpla a cabalidad es necesario que la población tenga acceso a información; educación; servicios para el manejo de la infertilidad; y métodos de abstinencia periódica ("naturales") y modernos para regular su fecundidad.

La planificación familiar es el ejercicio de un derecho humano y un instrumento de salud. Lamentablemente, en algunos países de Latinoamérica se confunde el concepto de planificación familiar con el concepto de control de la natalidad. Este último tiene una connotación muy especial por lo que es conveniente diferenciar claramente el significado de estos conceptos con el fin de evitar confusiones.

CUADRO 12

DEFINICIONES REFERENTES A LOS PERIODOS GESTACIONAL E INFANTIL



El periodo perinatal comprende desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido. Por lo tanto, la **mortalidad perinatal** comprende la mortalidad fetal tardía o mortinatalidad (≥ 28 semanas de gestación ó > 1000 g) y la mortalidad neonatal precoz (primera semana de vida).

Los MORTINATOS pueden ser:

- MACERADOS, cuando la muerte intrauterina se produce antes del trabajo del parto. Generalmente están relacionados con las infecciones maternas graves, la incompatibilidad del factor Rh, etc., y **reflejan una mala calidad de la atención prenatal.**
- RECIENTES, cuando la muerte se produce durante el trabajo del parto o en el momento mismo de nacer, principalmente por complicaciones obstétricas tales como desproporción cefalopélvica, presentación defectuosa, rotura uterina, prolapso del cordón y hemorragia preparto; **reflejan la mala calidad de la asistencia durante el parto y, en menor grado, una deficiente detección del riesgo durante el embarazo.**

CUADRO 13

FACTORES DE RIESGO PERINATAL

DURANTE EL EMBARAZO

- ANEMIA
- EMBARAZO MULTIPLE
- HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE
- INSUFICIENTE AUMENTO DE PESO
- EXCESIVO AUMENTO DE PESO
- ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA
- DIABETES
- INFECCIONES
- ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
- ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS O TABACO
- EXPOSICION A RADIACIONES
- RIESGOS OCUPACIONALES

DURANTE EL PARTO

- HEMORRAGIAS
- INFECCIONES
- PARTO OBSTRUIDO
- PRE-ECLAMPSIA → ECLAMPSIA

DURANTE EL PUERPERIO

- HEMORRAGIAS
- INFECCIONES

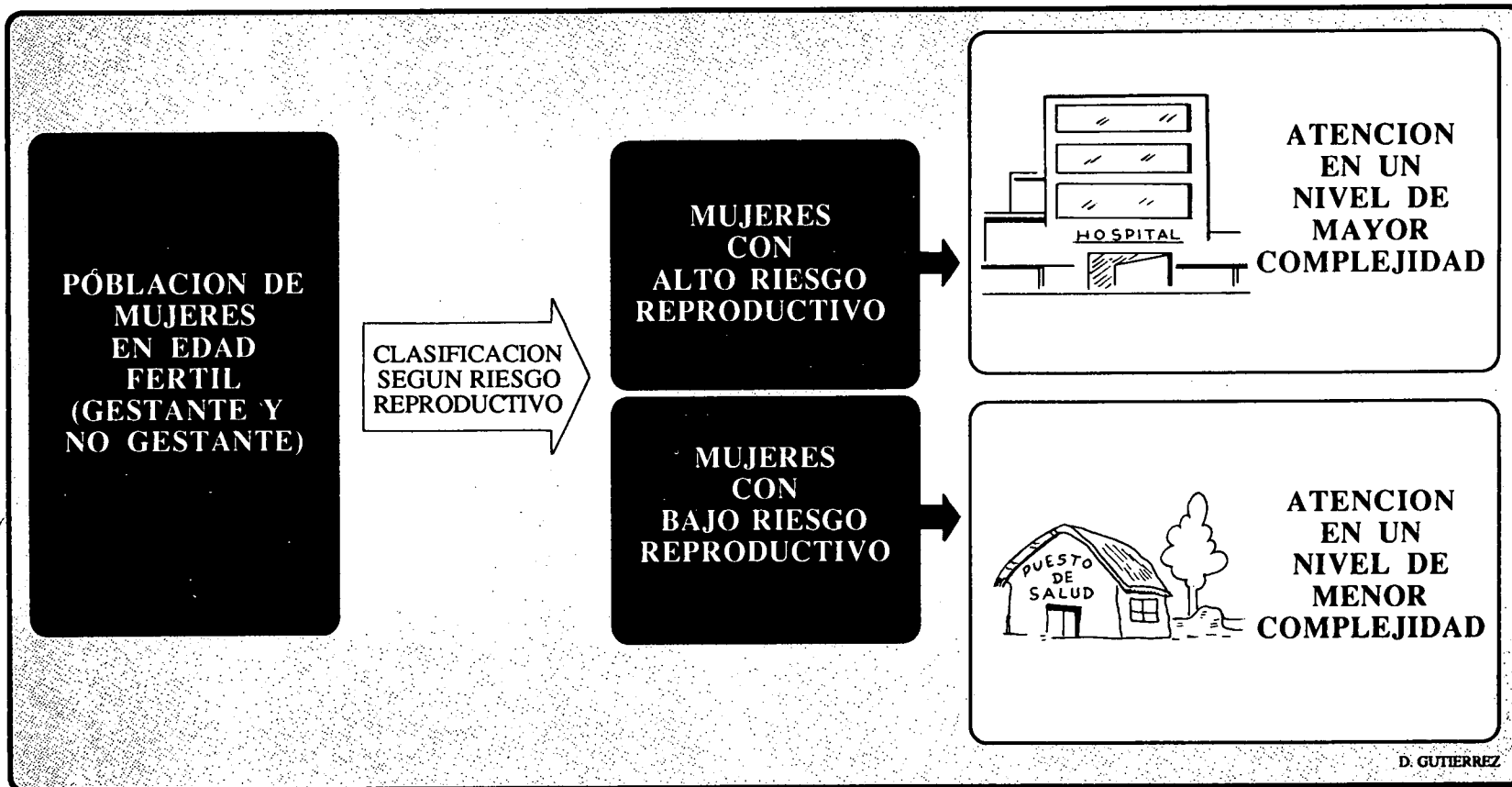
PARA EL RECIEN NACIDO

- PREMATURIDAD / BAJO PESO AL NACER
- INFECCIONES
 - TETANOS
 - DIARREA
 - NEUMONIA
 - SEPTICEMIA
- ASFIXIA
- TRAUMATISMOS DURANTE EL NACIMIENTO

D. GUTIERREZ

El concepto de RIESGO REPRODUCTIVO PERINATAL es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico, pues es un instrumento de predicción que además de considerar los riesgos maternos, incluye los riesgos del producto, llámese éste feto o recién nacido.

En el cuadro superior se presentan los principales factores de riesgo perinatal.



CUADRO 14

D. GUTIERREZ

Para que el enfoque de riesgo reproductivo tenga una utilidad clínica y epidemiológica, es necesario desarrollar e implantar un sistema de clasificación en todos los niveles de atención y complejidad del sistema de salud; incluyendo el comunitario.

De esta manera se facilitará la aplicación de las normas y procedimientos establecidos, garantizando que las mujeres con alto riesgo reproductivo reciban una atención en un nivel de mayor complejidad y aquellas con bajo riesgo reproductivo en un nivel de menor complejidad; ambas de buena calidad.

De esta forma se utilizará con mejor eficacia, eficiencia y equidad los escasos recursos del sector salud.

CUADRO 15

MINISTERIO DE SALUD DEL PERU

FICHA SALUD REPRODUCTIVA

Nombre de la Paciente: _____

Gestante: SI NO Referida

Edad de la Paciente: _____ N° de hijos vivos: _____ Captada N° Tarjeta de Referencia _____

Analfabeta: SI NO Fecha última Regla: _____

MARCAR CON UNA CUANDO LA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center; font-size: small;">EDAD DE LA MADRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 19 años - 30 años o más <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div> | <p style="text-align: center; font-size: small;">NUMERO DE EMBARAZOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazada por primera vez - 4 embarazos o más (incluyendo el actual si estuviera gestando) <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div> |
| <p style="text-align: center; font-size: small;">TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL TERMINO DEL ULTIMO EMBARAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 año - Más de 4 años <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div> | <p style="text-align: center; font-size: small;">MALA HISTORIA OBSTETRICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto - Prematuro - Hijo nacido muerto - Hijo muerto menos de 1 mes - Cesárea - Toxemia <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/></div> |

Suma en número total de y marque en el círculo correspondiente

| | |
|--|---|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">Ninguna (x) = Bajo</p> <p style="margin: 0;">Una (x) = Mediano</p> <p style="margin: 0;">Dos (x) o más = Alto</p> </div> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|--|---|

RIESGO PRECONCEPCIONAL U OBSTETRICO ➔

LA PRESENCIA ACTUAL DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CLASIFICA A LA PACIENTE COMO ALTO RIESGO REPRODUCTIVO (Ver instrucciones en el reverso de este formulario)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|----------------------|--|--|------------------------------|--|--|---------------------------|--|--|---------------------|--|--|------------------------|--|--|---|------------------------|--|--|-----------|--|--|-------------|--|--|------------------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|------------|--|--|
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">1. Anemia</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">2. Enfermedad Mental</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">3. Enfermedad Cardiovascular</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">4. Enfermedad Neurológica</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">5. Enfermedad Renal</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">6. Enfermedad Hepática</td><td></td><td></td></tr> </table> | 1. Anemia | | | 2. Enfermedad Mental | | | 3. Enfermedad Cardiovascular | | | 4. Enfermedad Neurológica | | | 5. Enfermedad Renal | | | 6. Enfermedad Hepática | | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">7. Enfermedad Pulmonar</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">8. Cáncer</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">9. Diabetes</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">10. Cesárea anterior dos (2) veces</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">11. Enfermedades Congénitas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">12. Otras*</td><td></td><td></td></tr> </table> | 7. Enfermedad Pulmonar | | | 8. Cáncer | | | 9. Diabetes | | | 10. Cesárea anterior dos (2) veces | | | 11. Enfermedades Congénitas | | | 12. Otras* | | |
| 1. Anemia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Enfermedad Mental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Enfermedad Cardiovascular | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Enfermedad Neurológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Enfermedad Renal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Enfermedad Hepática | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Enfermedad Pulmonar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Cáncer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Diabetes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Cesárea anterior dos (2) veces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Enfermedades Congénitas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Otras* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Isoinmunización, antecedentes de rotura uterina, cirugía cérvico-vaginal previa y otras que impliquen riesgo en la reproducción, lupus eritematoso y otras enfermedades del colágeno.

| | | | | |
|--|---|------------------|------|------------------|
| PROFESIONAL RESPONSABLE: Nombre: _____ Profesión: _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Firma N° Col. Fecha </div> | Es conforme SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Observación: _____ _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Firma Jefe Dpto. o Serv. de Gineco - Obstetricia Fecha </div> | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: 1px solid black; padding: 2px;">Servicio</td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; padding: 2px;">Cama</td> <td style="width: 40%; border: 1px solid black; padding: 2px;">Historia Clínica</td> </tr> </table> | | Servicio | Cama | Historia Clínica |
| Servicio | Cama | Historia Clínica | | |

CUADRO 17

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA - DINAP - UNFPA - OPS/OMS BOLIVIA

Este color significa ALTO RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL.
 Este color significa ALERTA.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| HOJA CLINICA PARA LA MUJER NO GESTANTE | CODIGO ESTABLECIMIENTO | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE LA PACIENTE: | No. HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONTROL ANUAL PARA DEFINIR EL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

| FECHA DE CONTROL → | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene usted menos de 18 años o más de 35 años? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido usted 3 ó más embarazos previos? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene su último hijo menos de un año y 3 meses? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido usted alguna vez un aborto, un prematuro, un hijo nacido muerto, un hijo muerto menor de un mes, una cesárea o toxemia? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| ¿TIENE LA PACIENTE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL? (Si contestó SI a 2 preguntas o más, la paciente tiene ALTO RIESGO) | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

| SITUACIONES QUE CLASIFICAN DIRECTAMENTE A LA PACIENTE COMO ALTO RIESGO PRECONCEPCIONAL. | | | | | | TOXOIDE TETANICO | | | |
|---|--|--------------------------|--------|-----|-----|------------------|-------|-----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA | <input type="checkbox"/> Ca. | <input type="checkbox"/> | ANEMIA | | | GRUPO SANGUINEO | DOSIS | MES | AÑO |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSION CRONICA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PSICOSIS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CONGENITAS | <input type="checkbox"/> | Hb | MES | AÑO | kg | GRUPO | Sensible | 1º |
| <input type="checkbox"/> ENF. NEUROLOGICA INCAPACITANTE | <input type="checkbox"/> 2 ó MAS CESAREAS | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL | <input type="checkbox"/> INFERTILIDAD | <input type="checkbox"/> | | | | | - | no <input type="checkbox"/> | 3º |
| <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA HEPATICA | <input type="checkbox"/> 7 EMBARAZOS ó MAS | <input type="checkbox"/> | | | | | | | 4º |
| <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA PULMONAR (TBC) | <input type="checkbox"/> OTRAS (Especifique) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | 5º |
| <input type="checkbox"/> TALLA INFERIOR A 140 cms. | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

| EXAMEN DE PAPANICOLAOU | | | | | | | | | | E.T.S. | FECHA | TX | FECHA | TX | |
|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------|-------|----|-------|----|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE LA TOMA | TX | TX | TX | TX | TX | TX | TX | TX | TX | TRICHOMONA V. | | | | | |
| MUESTRA INSUFICIENTE | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | GARDNERELLA V. | | | | | |
| Negativo a células neoplásicas | | | | | | | | | | GANDIDA A. | | | | | |
| Negativo cél. neop./inflamatorio | | | | | | | | | | GLAMIDIA T. | | | | | |
| Displasia leve (NIC I) | | | | | | | | | | NENSERIA G. | | | | | |
| Displasia moderada (NIC II) | | | | | | | | | | TREPOHEMA P. | | | | | |
| Disp. sev./Ca. In Situ (NIC III) | | | | | | | | | | CONDILOMA A. | | | | | |
| Cáncer Invasor | | | | | | | | | | HERPES G. | | | | | |
| | | | | | | | | | | V.I.H. | | | | | |

| PLANIFICACION FAMILIAR | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|----------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| D.I.U.: Fecha de Inicio SEGUIMIENTO/FECHA → | | | | | | | | | | |
| día | mes | año | IN SITU | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | Infeción <input type="checkbox"/> | Perforación <input type="checkbox"/> | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | Embarazo <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | Hemorragia <input type="checkbox"/> | Expulsión <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: | | | | |

| PILDORA: Fecha de Inicio SEGUIMIENTO/FECHA → | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|--------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| día | mes | año | USO ADECUADO | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | Aum. Peso <input type="checkbox"/> | Melasma <input type="checkbox"/> | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | Embarazo <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | Náuseas <input type="checkbox"/> | Hipertensión <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: | | | | |

| CONDON: Fecha de Inicio SEGUIMIENTO/FECHA → | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|--------------|------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| día | mes | año | USO ADECUADO | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | Iritación <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | Embarazo <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: | | | | |

| ABST. PERIOD. Fecha de Inicio SEGUIMIENTO/FECHA → | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|--------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| día | mes | año | USO ADECUADO | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | Embarazo <input type="checkbox"/> | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>AUTORIZACION DE LA USUARIA:</p> <p>CI <input type="text"/></p> <p>AUTORIZO LA COLOCACION DEL METODO ANTICONCEPTIVO QUE ELEGÍ POR PROPIA DECISION Y DEL CUAL FUI INFORMADA PREVIA Y ADECUADAMENTE</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> | <p>AUTORIZACION DE LA USUARIA:</p> <p>CI <input type="text"/></p> <p>AUTORIZO LA COLOCACION DEL METODO ANTICONCEPTIVO QUE ELEGÍ POR PROPIA DECISION Y DEL CUAL FUI INFORMADA PREVIA Y ADECUADAMENTE</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> | <p>AUTORIZACION DE LA USUARIA:</p> <p>CI <input type="text"/></p> <p>AUTORIZO LA COLOCACION DEL METODO ANTICONCEPTIVO QUE ELEGÍ POR PROPIA DECISION Y DEL CUAL FUI INFORMADA PREVIA Y ADECUADAMENTE</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> |
|--|--|--|

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA CLINICA DE LA MUJER NO GESTANTE

A. ASPECTOS GENERALES

- La *Hoja Clínica* de la *mujer no gestante* es un formulario de la Historia Clínica Unica del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Por lo tanto, deberá ser archivada dentro de dicha Historia Clínica.
- Esta hoja se llenará cuando se atienda a una *mujer no gestante* de 12 a 54 años en los siguientes establecimientos de salud: Hospital de Distrito, Centro de Salud del Area de Salud y Puesto de Salud.
- La hoja clínica de la *mujer no gestante* y el carnet tienen un sistema de alerta.
 - a) **El color amarillo señala la presencia de un factor de riesgo**

Este color indica al prestador del servicio que debe brindar más cuidado a la paciente con la finalidad de eliminar, modificar o por lo menos controlar los factores de riesgo detectados.
 - b) **El color rojo señala alto riesgo reproductivo preconcepcional**

Este color indica al prestador del servicio que debe adoptar una conducta especial de acuerdo a las normas nacionales. Por ejemplo, estas pacientes deben ser referidas a un establecimiento que cuente con médico, ser objeto de búsqueda activa en la comunidad en el caso que no acudan a su cita con el establecimiento de salud, deben recibir más cuidado que las que tienen bajo riesgo reproductivo preconcepcional, etc.
- Cuando se llene la hoja de la *mujer no gestante*, al mismo tiempo se debe llenar el carnet de la *mujer no gestante*.
- El carnet de la *mujer no gestante* se entregará a la paciente con la indicación que siempre lo lleve a la consulta en cualquier establecimiento de salud. La Hoja Clínica de la *mujer no gestante* se archivará en la Historia Clínica Unica del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
- El carnet de la *mujer no gestante* permitirá la transferencia de información en el sistema de referencia.

B) INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA HOJA CLÍNICA PARA LA MUJER NO GESTANTE

Código del establecimiento de salud

Anote los 8 números del código del establecimiento de salud. Ver la sección Información general y normas para obtener mayor información respecto al código (Norma No. 6).

Número de la historia clínica

Escriba el mismo número de la Historia Clínica única del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Nombre de la paciente

Escriba los 2 apellidos de soltera y el nombre de la paciente.

Control anual para definir el riesgo reproductivo preconcepcional

Es aconsejable que esta sección se llene una vez al año, con la finalidad de clasificar a la paciente como alto o bajo riesgo reproductivo preconcepcional.

La sección se llena en forma vertical. Una columna para cada valoración anual del riesgo.

- En la parte superior escriba la fecha en que realiza la evaluación: día/mes/año. Por ejemplo, 15/01/92 para indicar 15 de enero de 1992.
- Luego conteste SI o NO a cada una de las cuatro preguntas que allí se hacen:
 1. ¿Tiene usted menos de 18 años o más de 35 años?
 2. ¿Ha tenido usted 3 o más embarazos previos? (Es conveniente resaltar que la pregunta se refiere a embarazos y no a hijos. No olvide que los abortos también son embarazos).
 3. ¿Tiene su último hijo menos de 1 año y 3 meses?

Esta pregunta se hace porque se sabe que el riesgo es mayor cuando entre los embarazos el tiempo es menor de 2 años (intervalo intergenésico menor de 2 años). Si el último hijo de la paciente es menor de 1 año y 3 meses, significa que en caso de gestar el intervalo intergenésico será menor de 2 años, considerando que la futura gestación durará 9 meses. Si es mayor de 1 año 3 meses, en el caso de gestar, existirá un lapso mayor a 2 años.

4. ¿Ha tenido usted alguna vez un aborto, un prematuro, un hijo nacido muerto, un hijo muerto menor de 1 mes, una cesárea o toxemia?

Si la paciente hubiera tenido cualquiera de las patologías mencionadas, marque SI. Si no hubiera tenido ninguna, marque NO.

¿Tiene la paciente alto riesgo reproductivo preconcepcional?

Si contestó SI a 2 o más de las cuatro preguntas anteriores, la paciente tiene alto riesgo reproductivo preconcepcional. Si este fuera el caso, marque una "x" en el casillero rojo. En caso contrario, marque una "x" en el casillero blanco.

Situaciones que clasifican directamente a la paciente como alto riesgo reproductivo preconcepcional

Existen muchas situaciones que clasifican a la paciente directamente como alto riesgo. Se trata de situaciones muy delicadas que predisponen a que un futuro embarazo sea de alto riesgo. Estas situaciones son las siguientes:

- Insuficiencia cardíaca
- Hipertensión crónica
- Psicosis
- Enfermedad neurológica incapacitante
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática
- Insuficiencia pulmonar
- Talla menor de 140 cm
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedades congénitas (Down y otras)
- Dos o más cesáreas
- Infertilidad
- Siete embarazos previos o más
- Otras (especifique la patología)

Marque una "x" en el casillero rojo correspondiente cuando detecte cualquiera de las situaciones descritas.

• **Anemia**

La anemia con hemoglobina (Hb) menor de 11 gramos %, es decir, 10 gramos o menos, también clasifica a la paciente como *alto riesgo reproductivo preconcepcional*. Como la anemia varía con los años, se ha considerado espacio para 5 controles. En cada uno ponga la cantidad de hemoglobina en gramos, el mes y año del examen y marque una "x" en el casillero rojo, si la hemoglobina (Hb) es menor de 11 gramos%.

- **Grupo sanguíneo**

Escriba en el casillero superior si la paciente tiene grupo O, A, B ó AB.

Luego, marque en el casillero correspondiente si la paciente tiene factor Rh positivo o negativo.

Luego, marque si la paciente está sensibilizada o no. Si está sensibilizada marque una "x" en el casillero rojo. Si este fuera el caso, la paciente tiene un *alto riesgo reproductivo preconcepcional*.

Toxoide tetánico

Escriba el mes y el año en que la paciente recibió la primera, segunda, tercera, cuarta y quinta dosis de *toxoide tetánico*.

Examen de Papanicolaou

Esta sección se llena en forma vertical, una columna para cada examen de Papanicolaou que se efectúe a la paciente.

En el casillero superior coloque la fecha en que se realizó el examen de Papanicolaou. En forma vertical y hacia abajo, marque una "x" en el casillero correspondiente al resultado de la prueba. Marque un sólo casillero. Neg. cél. neop./inflamatorio, significa Negativo a células neoplásicas pero inflamatorio, Disp. Sev./Ca In Situ (NIC III) significa Displasia severa o cáncer in situ.

En la columna contigua del lado derecho, dice Tx: esto significa tratamiento. Marque si la paciente recibió tratamiento o no en el caso que haya tenido un resultado "negativo a células neoplásicas pero inflamatorio"; displasia leve (NIC I)", displasia moderada (NIC II)", displasia severa/Ca in situ (NIC III)", o "cáncer invasor."

Cuando se realice un segundo examen use la línea vertical adjunta derecha y así sucesivamente para otros exámenes de Papanicolaou.

Enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)

Escriba la fecha en números (primero el mes y después el año) en que se detectó cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual que allí figuran. Marque a la derecha una "x" para indicar si recibió o no tratamiento. Como se podrá notar la historia permite registrar dos episodios de cada enfermedad. Si se detectara la misma enfermedad tres veces o más, se tendría que utilizar otro formulario.

PLANIFICACION FAMILIAR**Dispositivo intrauterio (DIU)**

- **Fecha de inicio**

Anote el día, el mes y el año en que se inserta el dispositivo intrauterino.

- **Controles**

A la derecha del casillero para la "fecha de inicio", figuran varios casilleros para los controles del Dispositivo intrauterino. En dichos controles proceda de la siguiente manera: En la parte superior escriba la fecha cuando se controla el dispositivo intrauterino. En la parte inferior registre si el DIU está "in situ", es decir, dentro del útero, o no. Para saber si el DIU está in situ, verifíquelo viendo o palpando los hilos.

- **Fecha de abandono**

Si la paciente abandona el método, indique el mes y año en que se retira el Dispositivo intrauterino. A continuación marque una "x" para indicar la causa de dicho abandono: infección, hemorragia, perforación uterina, expulsión espontánea del dispositivo intrauterino, cambio de método, desea gestar (se refiere a que la paciente abandonó el método para gestar); embarazo, quiere decir que la paciente se embarazó a pesar de usar el dispositivo intrauterino (en estos casos hay que retirar el Dispositivo intrauterino para que la gestación tenga más probabilidades de éxito); otras causas, especifique cuáles.

Anticonceptivos orales (A.O.s) "Píldoras"

- **Fecha de inicio**

Anote el día, el mes y el año en que se inicia el uso de la "píldora."

- **Controles**

A la derecha del casillero "fecha de inicio", figuran varios casilleros para los controles de la píldora. En dichos controles proceda de la siguiente manera: En la parte superior escriba la fecha cuando se controla a la paciente para sabe cómo está usando la píldora. En la parte inferior registre si la paciente está usando adecuadamente o no la píldora. En el libro de Normas y Procedimientos del Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna se indica cómo se debe usar la píldora. En cada control aconseje a la paciente cómo debe usar la píldora.

- **Fecha de abandono**

Si la paciente abandona el método, indique el mes y año en que dejó de tomar la píldora. A continuación marque una "x" para indicar la causa de dicho abandono: aumento de peso; náuseas; melama (manchas en la cara);

hipertensión; cambio de método; desea gestar (significa que la paciente abandonó el método porque desea gestar); embarazo, quiere decir que la paciente se embarazó a pesar de usar la píldora; otras, especifique el motivo o causa.

Condón (C)

- **Fecha de inicio**

Anote el día, el mes y el año en que la pareja de la paciente INICIA el uso del condón.

- **Controles**

A la derecha del casillero "fecha de inicio", figuran varios casilleros para los controles del condón. En dichos controles proceda de la siguiente manera: En la parte superior escriba la fecha cuando se controla a la paciente para saber cómo su pareja está usando el condón. En la parte inferior registre si su pareja está usando adecuadamente o no el condón. En el libro de Normas y Procedimientos del Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna se indica cómo se debe usar el condón.

En cada control aconseje a la paciente la forma cómo su pareja debe usar el condón. Sería ideal que la pareja de la paciente acuda a la consulta para que ambos reciban consejería al respecto.

- **Fecha de abandono**

Si la paciente y su pareja abandonan el uso del condón, indique el mes y el año de dicho abandono. A continuación marque una "x" para indicar la causa del abandono: irritación, embarazo, quiere decir que la paciente se embarazó a pesar de utilizar el condón; cambio de método, desea gestar, quiere decir que la paciente y su pareja abandonaron el método porque desean tener un hijo; otro, especifique la causa o motivo.

Métodos de abstinencia periódica

- **Fecha de inicio**

Anote el día, el mes y el año en que la paciente y su pareja inician cualquiera de los métodos de abstinencia periódica.

- **Controles**

A la derecha del casillero "fecha de inicio", figuran varios casilleros para los controles del método de abstinencia periódica. En dichos controles proceda de la siguiente manera: En la parte superior escriba la fecha cuando se controla a

la paciente por el método de abstinencia periódica. En la parte inferior registre si la paciente está usando adecuadamente o no el método. En el libro de Normas y procedimientos del Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna se indica cómo se deben usar los métodos de abstinencia periódica.

En cada control aconseje a la paciente la manera correcta de usar los métodos de abstinencia periódica. Sería ideal que la pareja de la paciente acuda a la consulta para que ambos reciban consejería al respecto.

- **Fecha de abandono**

Si la paciente y su pareja abandonan el uso del método de abstinencia periódica, indique el mes y el año de dicho abandono. A continuación marque una "x" para indicar la causa del abandono: Embarazo, quiere decir que la paciente se embarazó a pesar de usar el método de abstinencia periódica; cambio de método, desea gestar, es decir, que la paciente y su pareja abandonaron el método porque desean tener un hijo; otro, especifique el motivo o causa.

AUTORIZACION DE LA USUARIA

Esta sección solamente se debe llenar cuando se inserta a la paciente un Dispositivo intrauterino. Use un casillero cada vez que se le inserte a la paciente un Dispositivo intrauterino.

Escriba el número del carnet de identidad de la usuaria. Si no tiene carnet de identidad deje en blanco estos casilleros.

Haga firmar a la paciente arriba de la línea punteada donde dice *firma*. La firma de la paciente confirma que la paciente autorizó la inserción de un dispositivo intrauterino y que recibió suficiente información previa para tomar la decisión. En caso que la paciente no sepa firmar, debe registrarse la huella digital del dedo índice derecho.

CONSULTAS

| Nº | FECHA PROXIMA VISITA | INDICACIONES |
|----|----------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IMPORTANTE

- Los riesgos de muerte para la madre y la criatura aumentan mucho cuando:
- a) la mujer se embaraza muy joven (antes de los 18 años de edad)
 - b) la mujer se embaraza muy tarde (después de los 35 años de edad)
 - c) los embarazos son muy seguidos, es decir cuando la mujer tiene otro niño antes de que su hijo más pequeño cumpla dos años de edad.
 - d) la mujer tiene muchos hijos.

EL ABORTO DAÑA LA SALUD DE LA MADRE

HAGA USO DE ESTE CARNET
Y EVITE EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

REPUBLICA DE BOLIVIA
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Dirección Nacional de Atención a las Personas UNFPA - OPS/OMS



CUADRO 18

REALICE PERIODICAMENTE SU CONTROL MEDICO

HAGASE SU PAPANICOLAOU ES FACIL Y RAPIDO

VACUNESE CONTRA EL TETANOS

Las parejas responsables deben hablar entre ellas y decidir cual es el mejor momento para que nazcan sus hijos, cuidando la salud de la madre y el niño.

CARNET DE SALUD PARA LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA NO GESTANTE

Establecimiento:

En caso de que este documento sea extraviado, la persona que lo encuentre se ruega entregarlo a la dirección que figura en el interior, o al establecimiento de salud respectivo.

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA - DINAP - UNFPA - OPS/OMS BOLIVIA

| | | | | | | |
|---|------------------------|---|--|--|--|--|
| CARNET DE SALUD PARA LA MUJER NO GESTANTE | CODIGO ESTABLECIMIENTO | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | |
| | | | | | | |
| NOMBRE DE LA PACIENTE: | No. HISTORIA CLINICA | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> <td style="width:25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | |
| | | | | | | |

CONTROL ANUAL PARA DEFINIR EL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| FECHA DE CONTROL → | | | | | | | |
| 1. ¿Tiene usted menos de 18 años o más de 35 años? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido usted 3 ó más embarazos previos? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene su último hijo menos de un año y 3 meses? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido usted alguna vez un aborto, un prematuro, un hijo nacido muerto, un hijo muerto menor de un mes, una cesárea o toxemia? | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| ¿A.R.R.P.? | si <input checked="" type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input checked="" type="checkbox"/> | si <input checked="" type="checkbox"/> | si <input checked="" type="checkbox"/> | si <input checked="" type="checkbox"/> | si <input checked="" type="checkbox"/> |
| | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|-----|-----|-----------------|-------------------------------------|--|------------------|-----|-----|--|
| SITUACIONES QUE CLASIFICAN DIRECTAMENTE A LA PACIENTE COMO A.R.R.P. | | | | | | | | TOXOIDE TETANICO | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSION CRONICA <input checked="" type="checkbox"/> PSICOSIS <input checked="" type="checkbox"/> ENF. NEUROLOGICA INCAPACITANTE <input checked="" type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL <input checked="" type="checkbox"/> INSUFICIENCIA HEPATICA <input checked="" type="checkbox"/> INSUFICIENCIA PULMONAR (TBC) <input checked="" type="checkbox"/> TALLA INFERIOR A 140 cms. | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ca. <input checked="" type="checkbox"/> DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDADES CONGENITAS <input checked="" type="checkbox"/> 2 ó MAS CESAREAS <input checked="" type="checkbox"/> INFERTILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 7 EMBARAZOS ó MAS <input checked="" type="checkbox"/> OTRAS (Especifique) | ANEMIA | | | GRUPO SANGUINEO | DOSIS | | | MES | AÑO | |
| | | Hb | MES | AÑO | F11 g | GRUPO | | | 1ª | | |
| | | | | | | + <input type="checkbox"/> Sensible | | | 2ª | | |
| | | | | | | Rh <input type="checkbox"/> Si | | | 3ª | | |
| | | | | | | - <input type="checkbox"/> no | | | 4ª | | |
| | | | | | | | | | 5ª | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| EXAMEN DE PAPANICOLAOU | | | | | E.T.S. | FECHA | TX | FECHA | TX | |
| FECHA DE LA TOMA | TX | TX | TX | TX | TRICHOMONA V. | | SI | NO | SI | NO |
| MUESTRA INSUFICIENTE | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | GARDNERELLA V. | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Negativo a células neoplásicas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | CANDIDA A. | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Negativo cél. neop./inflamatorio | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | CLAMIDIA T. | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| NIC I | | | | | NESSERIA G. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NIC - II | | | | | TREPONEMA P. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NIC - III | | | | | CONDILOMA A. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.I. | | | | | HERPES G. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | V.I.H. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----|-----|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| P.F.: | | | | | | | | | | | | | | |
| D.I.U.: Fecha de Inicio | | | SEGUIMIENTO FECHA → | | | | | | | | | | | |
| día | mes | año | IN SITU | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | | | | | | | | | | | |
| | | | Infección <input type="checkbox"/> | | Perforación <input type="checkbox"/> | | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | | Embarazo <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | Hemorragia <input type="checkbox"/> | | Expulsión <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: _____ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-----|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| A.Os.: Fecha de Inicio | | | | | | | | | | | | | | |
| SEGUIMIENTO FECHA → | | | FECHA | | | | | | | | | | | |
| día | mes | año | USO ADECUADO | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | | | | | | | | | | | |
| | | | Aum. Peso <input type="checkbox"/> | | Melasma <input type="checkbox"/> | | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | | Embarazo <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | Náuseas <input type="checkbox"/> | | Hipertensión <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: _____ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|-----|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| C.: Fecha de Inicio | | | | | | | | | | | | | | |
| SEGUIMIENTO FECHA → | | | FECHA | | | | | | | | | | | |
| día | mes | año | USO ADECUADO | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | | | | | | | | | | | |
| | | | Iritación <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | Embarazo <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: _____ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-----|-----|-----------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| A.P. Fecha de Inicio | | | | | | | | | | | | | | |
| SEGUIMIENTO FECHA → | | | FECHA | | | | | | | | | | | |
| día | mes | año | USO ADECUADO | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> |
| | | | | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| FECHA ABANDONO | | | CAUSAS → | | | | | | | | | | | |
| | | | Embarazo <input type="checkbox"/> | | Cambio de Método <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> Especifique: _____ | | Desea Gestar <input type="checkbox"/> | | | | | |

PARA EL PERSONAL DE SALUD: Este carnet debe ser entregado a la MUJER con la indicación que debe llevarlo a todos los controles de SALUD

De cumplirse a cabalidad esta indicación, el carnet se constituye en un excelente instrumento de referencia y contra-referencia. Todos los establecimientos que participan en la atención de salud a la MUJER deben registrar en el carnet los datos recabados durante la atención NO GESTACIONAL.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CARNET DE LA MUJER NO GESTANTE

LADO INTERIOR DEL CARNET

En la parte interna, proceda a llenar conforme al Instructivo de la Historia Clínica no Gestacional, pues son similares. Sin embargo, existen algunas diferencias:

- En lugar de decir alto riesgo reproductivo preconcepcional, en el carnet figura solamente "A.R.R.P."
- En lugar de decir Cáncer, en el carnet figura Ca.
- En lugar de decir cáncer invasor, en el carnet figura "C.I."
- En el carnet dice P.F., en lugar de Planificación familiar. Esto se ha hecho para proteger la privacidad de la paciente. De igual manera, en lugar de decir Anticonceptivo oral sólo dice "A. Os."; en lugar de decir condón dice "C" y en lugar de decir Abstinencia periódica dice "A.P."
- El carnet no incluye la sección "Autorización de la usuaria".

LADO EXTERNO DEL CARNET

Carátula

Escriba el nombre del establecimiento de salud donde se abre el Carnet de Salud para la Mujer en Edad Reproductiva No Gestante.

Consultas

- **Número (No.)**

Anote el número de la consulta en orden correlativo, empezando por el número "1".

- **Fecha de la próxima visita**

Anote la fecha de la próxima cita. Esto es muy importante pues la idea es recordar a la paciente cuándo será su próximo control.

- **Indicaciones**

Anote cualquier indicación especial que la paciente debe cumplir para su próximo control. Por ejemplo:

- No hacerse lavado vaginal si será sometida a prueba de Papanicolaou;
- Venir en ayunas si será sometida a exámenes de laboratorio; etc.

PROMOCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA

**DAÑO
REPRODUCTIVO
(ENFERMEDAD)**

**TRATAMIENTO
Y
REHABILITACION**

1

**SALUD
REPRODUCTIVA**

~~FACTORES DE
RIESGO
REPRODUCTIVO~~

2

PREVENCION

3

**PROMOCION
(FACTORES PROMOTORES
DE SALUD)**

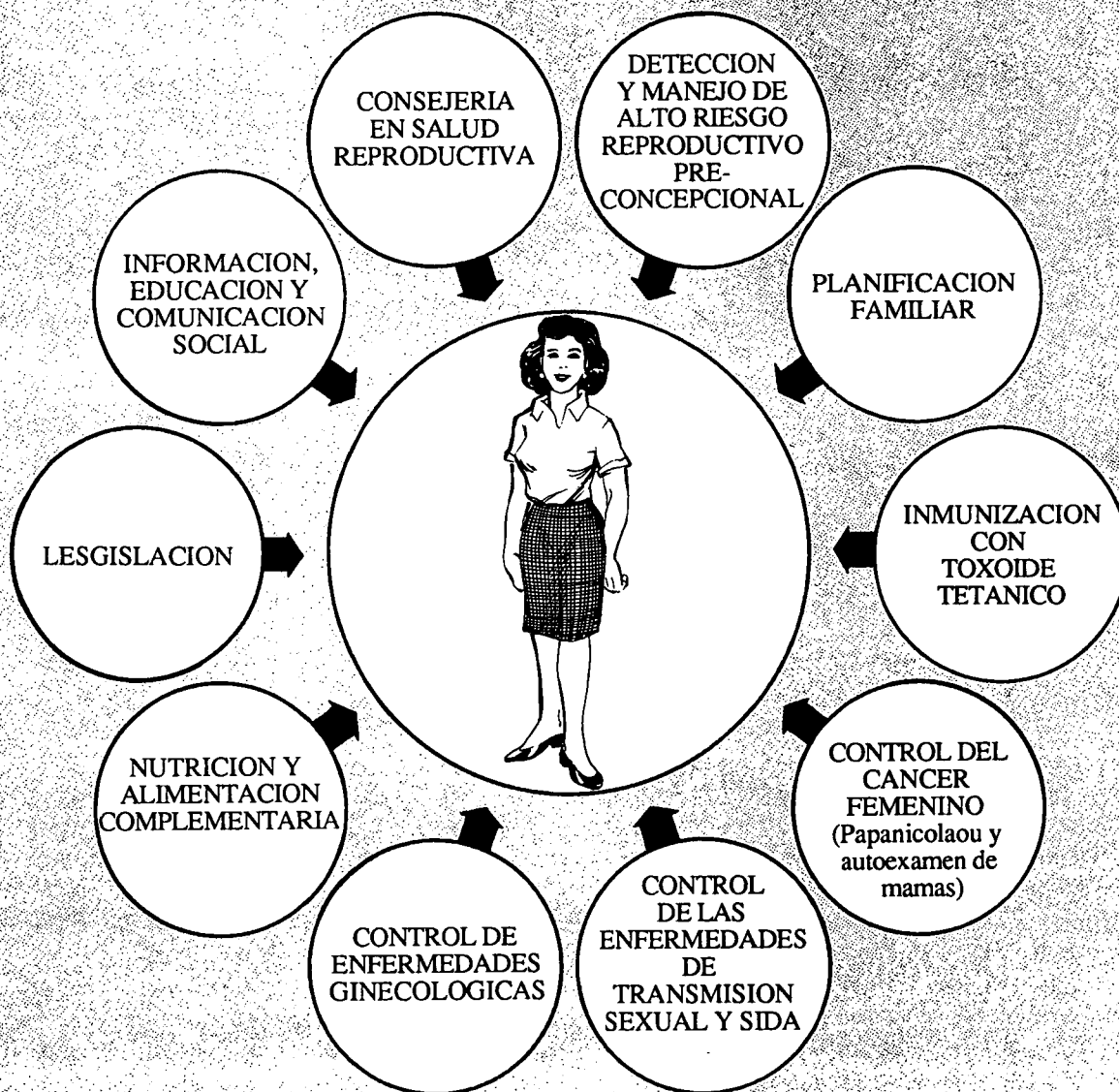
CUADRO 19

- ① La medicina desde sus inicios se ha enfocado al tratamiento de la enfermedad y a la rehabilitación para mejorar las secuelas de la misma, con el fin de recuperar la salud perdida.
- ② La utilización del enfoque de riesgo para la prevención del daño (enfermedad o muerte) es relativamente reciente. Las acciones se han dirigido a eliminar, modificar o por lo menos controlar los factores de riesgo.
- ③ Sin embargo, últimamente se está dando énfasis a la promoción de la salud. Este concepto está íntimamente relacionado a la calidad de vida y al completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente a la ausencia de enfermedad. Implica la práctica de estilos de vida y comportamientos saludables. Abarca campos y enfoques diversos y complementarios como educación, información, comunicación social, legislación, formulación de políticas, participación de la población y búsqueda de una reorientación de los servicios de salud.

El tratamiento, la rehabilitación, la prevención y la promoción son actividades complementarias, las cuales contribuyen al desarrollo de la salud reproductiva; sin embargo, en los próximos años las acciones deberán volcarse en mayor grado hacia las acciones de promoción de la salud y al estudio de los factores promotores de salud, con la finalidad de fomentar estilos de vida saludables.

CUADRO 20

ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA ACCIONES DIRIGIDAS A LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA NO GESTANTE



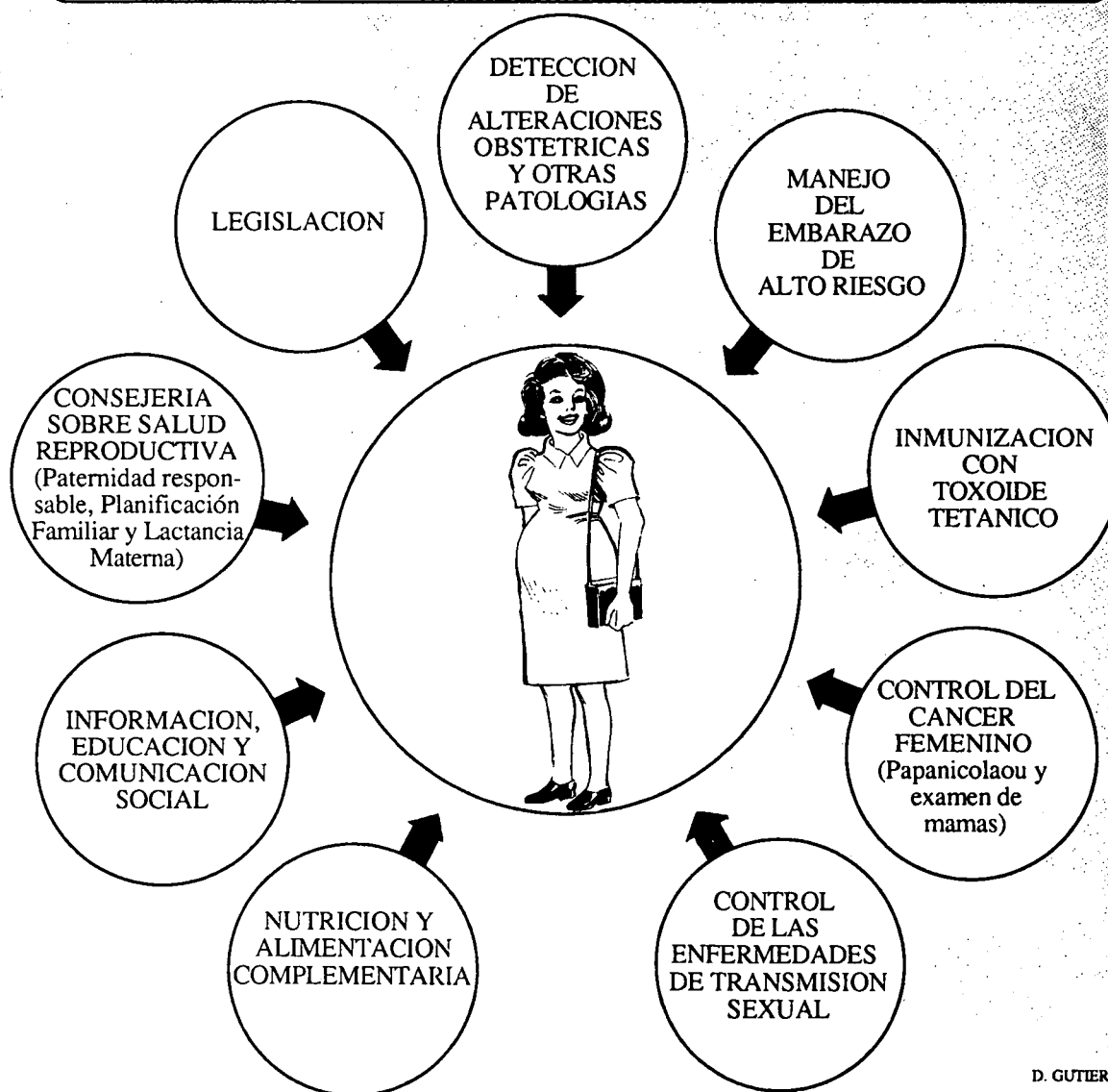
Durante los periodos no gestacionales, la mujer en edad fértil debe recibir una atención integral de salud que incluya las acciones que se presentan en este cuadro.

Este conjunto de acciones enfatiza la promoción y la prevención en el cuidado de la salud reproductiva; aunque también contempla el tratamiento y la rehabilitación.

Estas acciones contribuyen a mejorar la salud en la etapa preconcepcional, con la finalidad que cuando la mujer se embarace lo haga en las mejores condiciones. Por este motivo, es conveniente que cuando las mujeres en edad fértil no gestantes establezcan contacto con los servicios de salud por cualquier motivo, el personal de salud oferte estos servicios como un "paquete integral".

CUADRO 21

ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA ACCIONES DIRIGIDAS A LA MUJER GESTANTE PRENATAL



D. GUTIERREZ

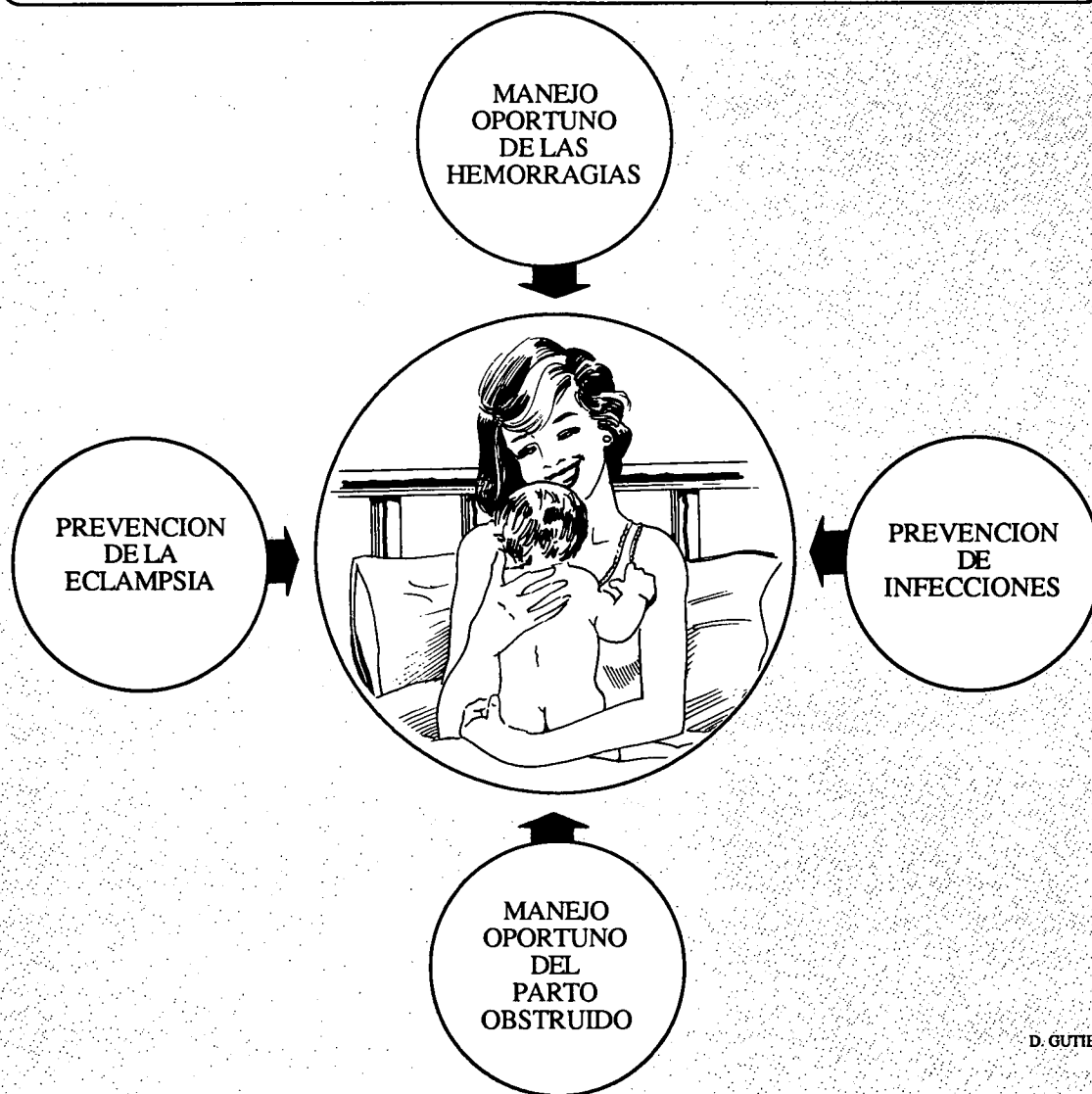
Durante el periodo prenatal, la mujer gestante debe recibir una atención integral de salud que incluya las acciones que se presentan en este cuadro.

Este conjunto de acciones enfatiza la promoción y la prevención en el cuidado de la salud prenatal; aunque también contempla el tratamiento.

Estas acciones contribuyen a mejorar la salud en la etapa prenatal. Por este motivo, es conveniente que cuando las mujeres gestantes establezcan contacto con los servicios de salud por cualquier motivo, el personal de salud oferte estos servicios como un "paquete integral".

CUADRO 22

ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA ACCIONES DIRIGIDAS A LA MUJER GESTANTE PARTO Y PUERPERIO

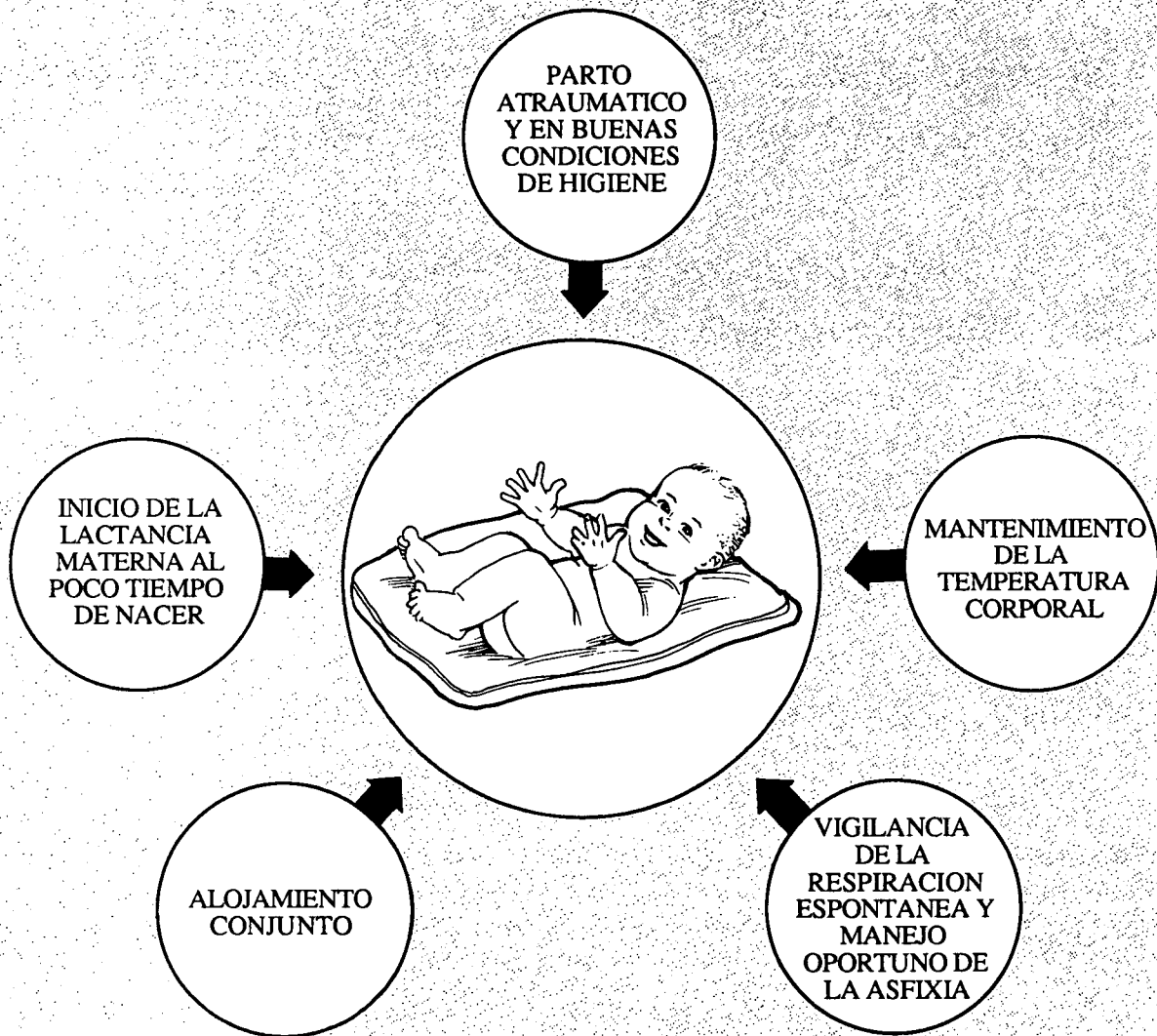


Durante el trabajo de parto, las acciones de salud deben estar dirigidas a la prevención, detección precoz y manejo oportuno de las principales causas de mortalidad y morbilidad.

Las acciones dirigidas específicamente a la parturienta deben incluir el manejo de las hemorragias, la prevención de infecciones, el manejo oportuno del parto obstruido y la prevención de la eclampsia. Durante el puerperio, las acciones deben estar dirigidas principalmente a la prevención y manejo de las hemorragias e infecciones.

CUADRO 23

ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA ACCIONES DIRIGIDAS AL RECIEN NACIDO



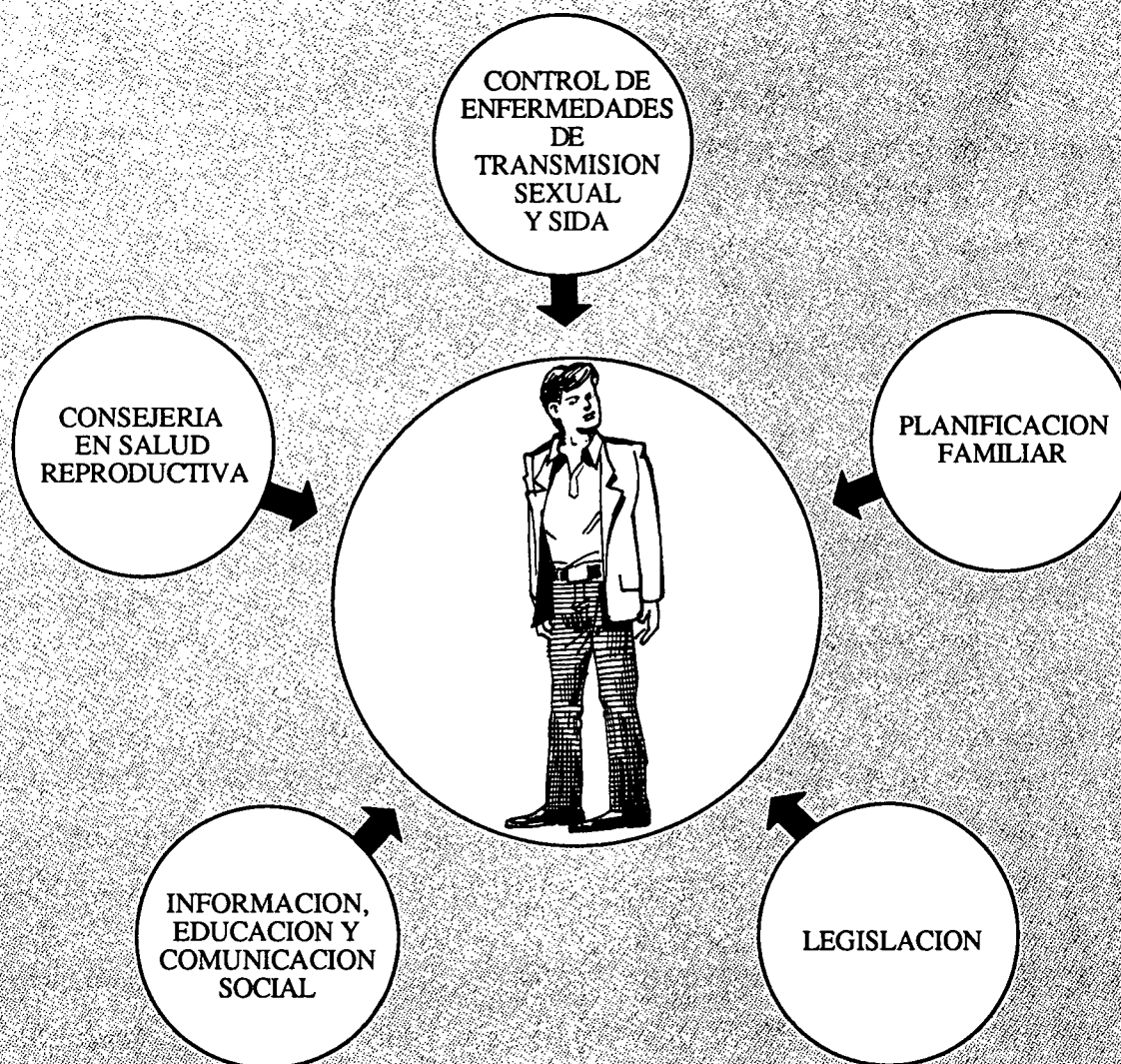
D. GUTIERREZ

Las acciones dirigidas al recién nacido deben ser las siguientes: atención de un parto atraumático y en buenas condiciones de higiene; mantenimiento de la temperatura corporal; vigilancia de la respiración espontánea y manejo oportuno de la asfixia; alojamiento conjunto; e inicio de la lactancia materna al poco tiempo de nacer.

Las acciones deben enfatizarse hasta el séptimo día de vida del recién nacido (periodo neonatal precoz).

CUADRO 24

ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA ACCIONES DIRIGIDAS AL HOMBRE



D. GUTIERREZ

Las acciones de salud reproductiva dirigidas al hombre generalmente son olvidadas o postergadas. Sin embargo, la participación del hombre en el proceso de reproducción es obvia.

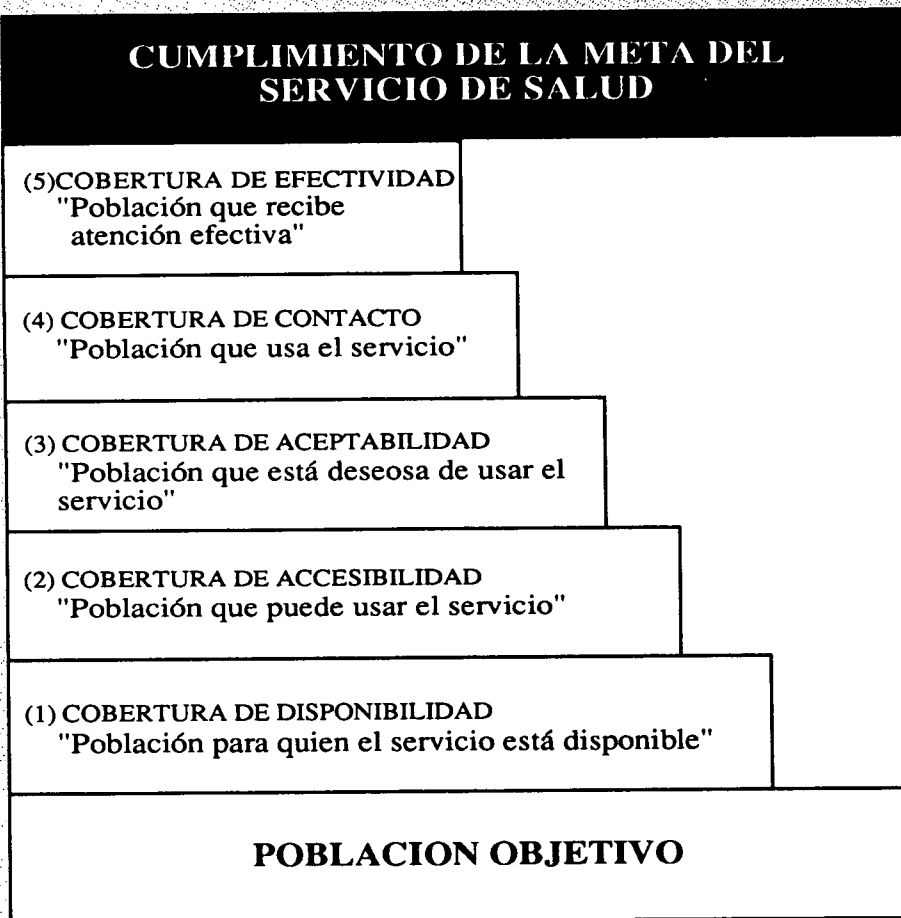
Las acciones de salud reproductiva deben fomentar un comportamiento sexual seguro y responsable, y el ejercicio de la paternidad responsable en los varones.

En el presente cuadro se presentan algunas acciones que contribuyen a este propósito.

CUADRO 25

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

CUMPLIMIENTO DE LA META DEL SERVICIO DE SALUD



ADAPTADO DE (28)

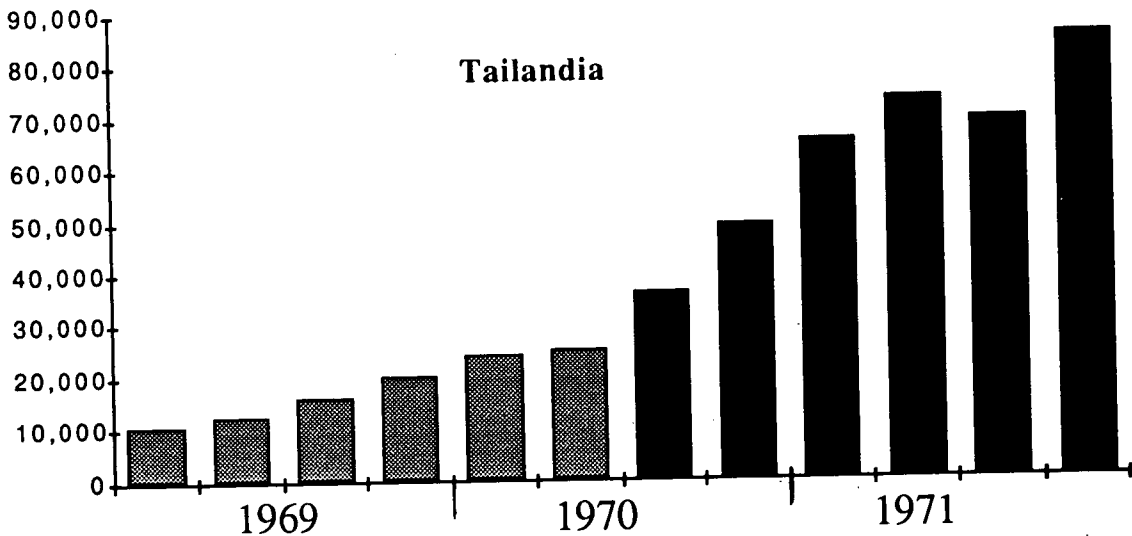
La cobertura de los servicios de salud depende de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización y efectividad de los mismos. Lo que finalmente importa es la "cobertura de efectividad", pues es la que en última instancia beneficia la salud de la población a la que se sirve. Todos los otros tipos de cobertura son sólo medios para alcanzar la cobertura de efectividad.

Es conveniente que los servicios de salud establezcan indicadores y metas para cada una de las coberturas, con el fin de poder evaluar sus progresos en el tiempo.

CUADRO 26

LA DISTRIBUCION DE ANTICONCEPTIVOS POR EL PERSONAL NO MEDICO PUEDE AMPLIAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Número de usuarias de Píldora por Trimestre



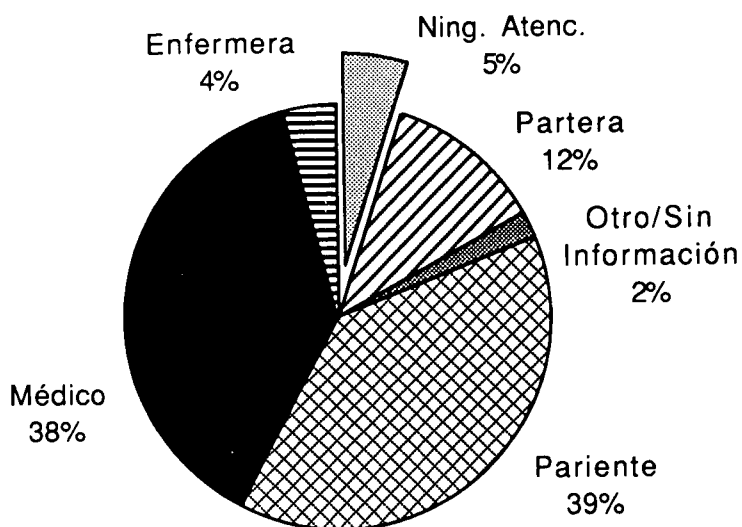
■ Personal no médico no autorizado a distribuir píldoras
■ Personal no médico autorizado a distribuir píldoras

Fuente: (25)

Un estudio piloto en Tailandia demostró que el personal de salud no médico podía recetar anticonceptivos orales con seguridad y eficacia, usando una guía sencilla de contraindicaciones (25). Como consecuencia de este estudio, el Ministerio de Salud autorizó a todas las "enfermeras auxiliares parteras" que hubieran recibido capacitación básica en planificación familiar, a prescribir la píldora. Esta medida hizo que el número de proveedoras de píldora aumentara de 350 a 3.500. El número de usuarias aumentó de 25.000 a 35.000 a los tres meses de la autorización. Un año y medio después de la medida, más de 80.000 mujeres aceptaron la píldora en un sólo trimestre.

CUADRO 27

ATENCIÓN DEL PARTO EN BOLIVIA ENDSA - 1989



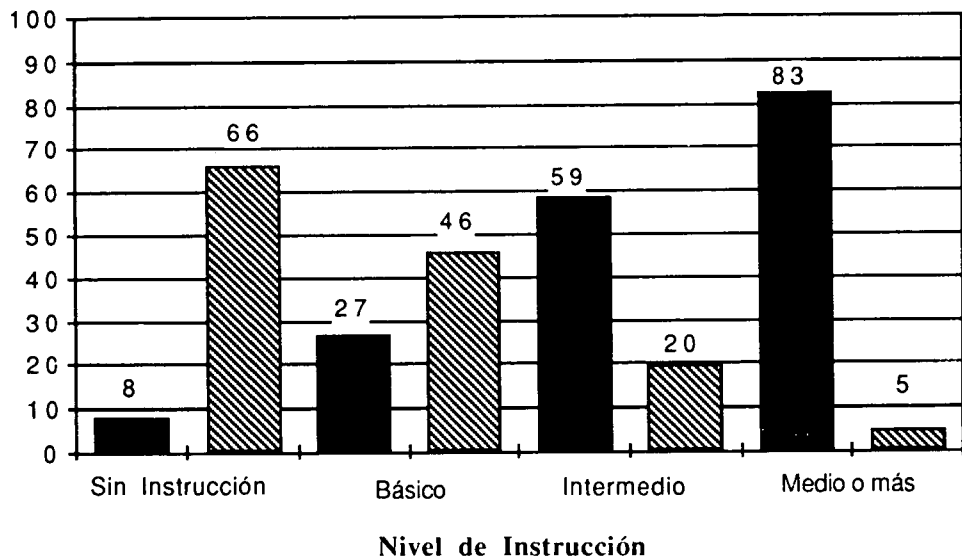
FUENTE: ENDSA

En 1989, la encuesta Demografía y Salud de Bolivia encontró que el 39% de los partos eran atendidos por familiares, 5% por la misma parturienta, 44% por el personal de salud institucional: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, y solamente 12% por la partera tradicional (12). Los resultados demostraron que trabajar solamente con parteras tradicionales a nivel comunitario, como se estaba haciendo, no era suficiente. Sobre la base de estos hallazgos, las autoridades nacionales decidieron iniciar una campaña de "parto limpio comunitario" dirigida a los familiares, quienes atienden el 39% del total de partos del país.

CUADRO 28

ATENCIÓN DEL PARTO POR MÉDICOS Y PARIENTES SEGUN EL NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES EN BOLIVIA (ENDSA, 1989)

Porcentaje
de
nacimientos



ATENCIÓN DEL PARTO

- Por médicos
- ▨ Por familiares

Fuente:ENDSA

La Encuesta Demografía y Salud, realizada en Bolivia en 1989, detectó que a nivel nacional el 38% de los partos eran atendidos por médicos y el 39% por familiares.

La misma encuesta demostró que a mayor nivel de instrucción de las mujeres, el porcentaje de partos atendidos por médicos aumenta y el atendido por familiares disminuye.

Por este motivo, la información y la educación son factores decisivos para desarrollar la salud reproductiva.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Ashton J. y Seymour H. "The new Public health". 1988.
2. Backett, Davies & Petros-Barvazian. El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. Organización Mundial de la Salud, 1984.
3. Bruce Judith. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A simple framework". Population Council Working Papers No. 1. May, 1989.
4. Conferencia Internacional Nairobi, Kenya. "La contribución de la planificación familiar a la salud de la mujer y el niño". 1987.
5. Connell & Tatum. "Reproductive Health Care Manual". 1986.
6. Fathalla MF. "The Long Road to Maternal Death". People, 1987.
7. Foege W. & Grupo de trabajo. Anticoncepción y reproducción: consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. National Research Council, 1990.
8. Gutierrez ID. "Salud reproductiva". Ministerio de Salud del Perú, 1986.
9. Gutierrez ID. "Evaluación del Programa Nacional de Parto Gratuito de Bolivia", OPS/OMS, 1988.
10. Gutierrez ID, Pate E, Ramlal A. "Report on Maternal and Child Health Assessment of the English-speaking Caribbean". CPC, OPS/OMS, 1992.
11. Hart R, Belsey M, y Tarimo E. "Integrating Maternal and Child Health Services with Primary Health Care: Practical Considerations". OMS, 1990.
12. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. "Encuesta nacional de demografía y salud". INE, 1990.
13. Omran. "Fecundidad y salud, la experiencia latinoamericana". Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1985.

14. Organización Mundial de la Salud. "Reproductive Health: A key to a brighter future". Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, 1992.
15. Organización Mundial de la Salud. "Salud y desarrollo infantil: salud del recién nacido". 89a. Reunión del Consejo Ejecutivo, diciembre 1991.
16. Organización Mundial de la Salud. "Strengthening Maternal and Child Health Programmes through Primary Health Care". Regional Office for the Eastern Mediterranean, Publication No. 18, OMS, 1991.
17. Organización Panamericana de la Salud. "Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud". Programa de Promoción de la Salud, OPS/OMS, mayo 1992.
18. Organización Panamericana de la Salud. "Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa". (Texto preparado por el Dr. César A. Chelala), "Comunicación para la salud" No. 2, OPS, 1992.
19. Organización Panamericana de la Salud. "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el Cuadrenio 1991-1994". OPS, julio 1990.
20. Organización Panamericana de la Salud. "Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas", OPS/OMS, septiembre, 1990.
21. Organización Panamericana de la Salud. "Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil". Serie PALTEX, Organización Panamericana de la Salud, 1986.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas", 1990.
23. Population Reports. "Protegiendo la vida de las madres: salud materna en la comunidad". Serie 1, Número 7, 1988.
24. Porter, Waife y Holtrop. "Manual de anticoncepción para personal de salud". The Pathfinder Fund, 1984.

25. Ross, Rich & Molzan. "Management strategies for family planning programs". Center for Population and Family Health. School of Public Health, Columbia University, 1989.
26. Royston & Armstrong. "Preventing maternal deaths". Organización Mundial de la Salud, 1989.
27. Sarue, Bertoni, Díaz & Serrano. "El concepto de riesgo y el cuidado de la salud", CLAP-OPS, 1985.
28. Tanahashi T. "Health Service Coverage and its Evaluation". Bulletin of the World Health Organization, 56 (2), 1978.
29. Viel B. "Illegal Abortion in Latin America". IPPF Medical Bulletin, 16(4): 1-2, 1982.



PXE 39

ISBN 92 75 32189 2

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD